



# Autorización para usar y compartir información de salud

## AVISO PARA EL MIEMBRO

- Este aviso indica cómo se puede usar o compartir su información de salud y cómo usted puede obtener dicha información. Léalo atentamente.
- Al llenar este formulario autoriza a Ambetter Health a lo siguiente:
  - usar su información de salud para un propósito o un grupo determinados
  - obtener información sobre su salud o compartirla con una determinada persona o grupo que usted indique en este formulario.
- No tiene que firmar este formulario ni otorgarnos permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con Iowa Total Care no cambiarán si no firma este formulario.
- Para cancelar este formulario de autorización, puede hacer lo siguiente:
  - Enviarnos una solicitud por escrito. Envíela por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la página 2.
  - Llame a Servicios para Miembros al 1-833-919-3213 (TTY: 711)
  - Visite [AmbetterHealth.com/EN/IA](https://AmbetterHealth.com/EN/IA) > For Members (para miembros) > Forms and Materials (formularios y materiales) > Revocation of Authorization to Disclose Health Information (PDF) (Revocación de la autorización para divulgar información de salud).
- Si decide compartir su información médica con otra persona, Iowa Total Care no puede garantizar que esa persona no la comparta con otros.
- Guarde una copia de todos los formularios rellenos que nos envíe. También podemos enviarle copias si las necesita.
- Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros al número de teléfono que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Complete toda la información en este formulario. Envíe el formulario completado y los documentos de respaldo por correo o fax a:

**Ambetter Health**  
**Attn: ROI Processing Team**  
**1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400S**  
**West Des Moines, IA 50266**  
**Fax: 1-855-227-3804**

---

RELLENE EL SIGUIENTE FORMULARIO. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA.

1

**INFORMACIÓN DEL miembro:**

Nombre del miembro (*obligatorio*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_ Número de id. del miembro: \_\_\_\_\_

2

**AUTORIZO A AMBETTER HEALTH A UTILIZAR MIS DATOS DE SALUD POR EL MOTIVO INDICADO O PARA OBTENERLOS O A COMPARTIRLOS CON LA PERSONA O GRUPO QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN.**

(*Obligatorio*)

El propósito de esta autorización es (*marque todas las casillas que correspondan*):

☐ para permitir que Ambetter Health me ayude con mis beneficios y servicios.

**O**

Para permitir que Ambetter Health use o comparta mi información de salud para:

☐ coordinar el tratamiento/la atención

☐ inscripción/elegibilidad

☐ facturación/reclamos

☐ Otro: \_\_\_\_\_

☐ historias médicas/documentos

3

**PERSONA O GRUPO DEL QUE SE PUEDE OBTENER MI INFORMACIÓN O CON EL QUE SE PUEDE COMPARTIR**

(*Añada personas o grupos adicionales en la página 2*):

Nombre de la persona o del grupo (*Obligatorio*): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

4

**LE PERMITO A AMBETTER HEALTH USAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (NOTA:**

Elija la primera opción para compartir TODA la información de salud o elija la segunda opción para compartir solo **parte** de la información de salud. **NO se pueden seleccionar ambas opciones.**) (*Obligatorio*)

☐ **Toda mi información de salud:**

**O**

☐ **Toda mi información de salud, EXCEPTO (*marque todas las casillas que correspondan*):**

☐ Información genética, servicios o pruebas

☐ Datos y registros de SIDA o VIH

☐ Datos y registros de drogas y alcohol

☐ Datos y registros de salud mental

☐ Datos y registros de medicamentos

☐ Otro: \_\_\_\_\_

5

**Fecha de finalización de la autorización**(*Obligatorio*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(*Fecha en la que finaliza la autorización o cinco años, lo que suceda primero, salvo que se cancele*)

6

Firma del miembro (*obligatorio*): \_\_\_\_\_

(*miembro o representante legal, firme aquí*)

Fecha (*obligatorio*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

(*Firmantes, si no son el miembro, indiquen su relación con el miembro, es decir, tutor, padre, cónyuge, etc.*)

Si usted es el representante personal del miembro, envíe por correo o fax copias de esos formularios (como poder notarial u orden de tutela) a:

Ambetter Health | Attn: ROI Processing Team  
1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400S | West Des Moines, IA 50266 | Fax: 1-855-227-3804

**PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) O CON QUIENES SE COMPARTIRÁ LA INFORMACIÓN**

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre (Persona o Grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Devuelva el formulario completado por correo o fax:

**Ambetter Health**  
**Attn:ROI Processing Team**  
**1080 Jordan Creek Parkway, Suite 400S**  
**West Des Moines, IA 50266**  
**Fax: 1-855-227-3804**

<b>English:</b>	If you, or someone you are helping, have questions about Ambetter Health, and are not proficient in English, you have the right to get help and information in your language at no cost and in a timely manner. If you, or someone you are helping, have an auditory and/or visual condition that impedes communication, you have the right to receive auxiliary aids and services at no cost and in a timely manner. To receive translation or auxiliary services, please contact Member Services at 1-833-919-3213 (TTY 711).
<b>Spanish:</b>	Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas acerca de Ambetter Health y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene un impedimento auditivo o visual que le dificulta la comunicación, tiene derecho a recibir ayuda y servicios auxiliares sin costo alguno y de manera oportuna. Para recibir servicios auxiliares o de traducción, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-833-919-3213 (TTY 711).
<b>Chinese:</b>	如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Ambetter Health 方面的問題，且不精通英語，您有權利免費並及時以您的母語獲幫助和訊息。如果您，或您正在協助的對象有聽力和/或視力上的問題，阻礙了溝通，您有權利免費並及時獲得輔助支援與服務。若要取得翻譯或輔助服務，請聯絡會員服務部，電話是 1-833-919-3213 (TTY 711)。
<b>Vietnamese:</b>	Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ có câu hỏi về Ambetter Health và không thành thạo tiếng Anh, quý vị có quyền được trợ giúp và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí và kịp thời. Nếu quý vị hoặc người mà quý vị đang giúp đỡ mắc bệnh về thính giác và/hoặc thị giác gây cản trở giao tiếp, quý vị có quyền được nhận các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ miễn phí và kịp thời. Để nhận dịch vụ thông dịch hoặc dịch vụ phụ trợ, vui lòng liên hệ bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-833-919-3213 (TTY 711).
<b>Serbo-Croatian:</b>	Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate pitanja u vezi sa Ambetter Health, a ne govorite engleski jezik, imate pravo na besplatnu i blagovremenu pomoć i informacije na sopstvenom jeziku. Ako Vi, ili neko kome pomažete, imate neki poremećaj sluha i/ili vida zbog kojeg je onemogućena komunikacija, imate pravo da besplatno i blagovremeno dobijete pomagala i pomoćne usluge. Obratite se odeljenju za pružanje usluga članovima pozivom na broj 1-833-919-3213 (TTY 711) da biste dobili usluge prevoda ili pomoćne usluge.
<b>German:</b>	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Ambetter Health hat und nicht Englisch spricht, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, eine Hör- und/oder Sehbeeinträchtigung hat, die die Kommunikation beeinflusst, haben Sie das Recht, kostenlos und zeitnah zusätzliche Hilfe und Dienstleistungen zu erhalten. Um eine Übersetzung oder zusätzliche Dienstleistungen zu erhalten, wenden Sie sich an den Kundendienst unter 1-833-919-3213 (TTY 711).
<b>Arabic:</b>	إذا كان لديك أو لدى شخص تساعدك حول Ambetter Health، ولم تكن بارعاً باللغة الإنكليزية، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. إذا كنت أنت أو أي شخص تساعدك تعاني من حالة سمعية و/أو بصرية تعيق التواصل، فلديك الحق في تلقي مساعدات وخدمات إضافية من دون أي تكلفة وفي الوقت المناسب. لتلقي خدمات الترجمة أو خدمات إضافية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-833-919-3213 (TTY 711).

<b>Laotian:</b>	<p>ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Ambetter Health, ແລະ ບໍ່ຊ່ຽວຊານພາສາອັງກິດ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ, ມີສະພາບທາງການໄດ້ຍິນ ແລະ/ຫຼື ການເບິ່ງເຫັນທີ່ຂັດຂວາງການສື່ສານ, ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເສີມໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ ແລະ ທັນເວລາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການແບບພາສາ ຫຼື ບໍລິການເສີມ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາ Member Services (ການບໍລິການສະມາຊິກ) ໄດ້ທີ່ 1-833-919-3213 (TTY 711).</p>
<b>Korean:</b>	<p>귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 Ambetter Health에 대한 질문이 있는 경우 영어에 능숙하지 않으시면 해당 언어로 시의적절하게 무료 지원과 정보를 받을 권리가 있습니다. 귀하 또는 귀하의 도움을 받는 분이 청각 및/또는 시각적으로 의사소통에 장애가 있는 경우 시의적절하게 무료 보조 도구 및 서비스를 받을 권리가 있습니다. 번역 또는 보조 서비스를 받으시려면 1-833-919-3213 (TTY 711)번으로 가입자 서비스부에 연락해주시십시오.</p>
<b>Hindi:</b>	<p>अगर आप या कोई ऐसा व्यक्ति जिसकी आप सहायता कर रहे हैं, के पास Ambetter Health से जुड़े प्रश्न हैं और आप दोनों अंग्रेज़ी में माहिर नहीं हैं, तो आपको अपनी भाषा में मुफ्त और समय पर सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है. अगर आपको या किसी ऐसे व्यक्ति को जिसकी आप मदद कर रहे हैं, सुनने और/या देखने में समस्या होती है और इससे बातचीत बाधित होती है, तो आपको बिना किसी लागत के और समय पर सहायक सहायता और सेवाएं प्राप्त करने का अधिकार है. अनुवाद या सहायक सेवाएं प्राप्त करने के लिए कृपया 1-833-919-3213 (TTY 711) पर सदस्य सेवाएं से संपर्क करें.</p>
<b>French:</b>	<p>Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos d'Ambetter Health et que vous ne maîtrisez pas l'anglais, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aide et d'informations dans votre langue. Si vous-même ou une personne que vous aidez souffrez d'un trouble auditif ou visuel qui entrave la communication, vous pouvez bénéficier gratuitement et en temps utile d'aides et de services auxiliaires. Pour profiter de services de traduction ou de services auxiliaires, veuillez contacter Services aux membres au 1-833-919-3213 (TTY 711).</p>
<b>Pennsylvanian Dutch:</b>	<p>Wann du, odder epper wer dir helft, hen Frooge iwwer Ambetter Health, un sin net proficient in Englisch, du hoscht die Recht um Helf zu griege un Information in dei Schprooch mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Wann du, odder epper wer dir helft, hen en Auditory un/odder Sehlich Condition die iss schlecht fer Communication, du hoscht die Recht Auxiliary Aids zu griege un Services mitaus Koscht un in en zeitlich Manner. Fer Iwwersetzing odder Auxiliary Services zu griege, sei so gut un ruff Member Services um 1-833-919-3213 (TTY 711).</p>
<b>Thai:</b>	<p>หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Ambetter Health และไม่ชำนาญในการใช้ภาษาอังกฤษ คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากคุณหรือคนที่คุณกำลังให้ความช่วยเหลือมีภาวะด้านการฟังและ/หรือการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร คุณมีสิทธิ์ที่จะขอรับความช่วยเหลือและบริการเสริมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายอย่างทันท่วงที หากต้องการบริการด้านการแปลหรือบริการเสริม โปรดติดต่อ บริการสำหรับสมาชิก ที่หมายเลข 1-833-919-3213 (TTY 711)</p>

<b>Tagalog:</b>	Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may mga katanungan tungkol sa Ambetter Health, at hindi ka mahusay sa Ingles, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang gastos at sa maagap na paraan. Kung ikaw, o ang iyong tinutulungan, ay may kondisyon sa pandinig at/o pannikin na nakakaapekto sa komunikasyon, may karapatan kang makatanggap ng mga karagdagang tulong at serbisyo nang walang gastos at sa maagap na paraan. Para makatanggap ng mga serbisyo sa pagsasalin o mga karagdagang serbisyo, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-919-3213 (TTY 711).
<b>Karen:</b>	နၢ, မ့တမ့ၢ် ပုၤလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၤ, မ့ၢ်အိၣ်ဒီးတၢ်သံကွၢ် ဘၣ်ဃး Ambetter Health, ဒီး မ့ၢ်တသ့ဘၣ် အဲကလံးကျိၣ်ဂ့ၤဂ့ၤအယိ, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယၢ်လၢ ကဟံးန့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဒီး တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢ နကျိၣ်တၢ်ကတိၤဒၣ်နဲ လၢတလၢ်ဘၣ် ကျိၣ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတီၢ် ဖုၣ်ကိၢ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. နၢ, မ့တမ့ၢ် ပုၤလၢနမၤစၢၤအီၤတဂၤ, အိၣ်ဒီး တၢ်ကီတၢ်ခဲတၢ်အိၣ်သးဘၣ်ဃး တၢ်န့ၣ်ဟူတၢ် ဒီး /မ့တမ့ၢ် တၢ်ထံၣ် လၢအတြီယာ် တၢ်ဆဲးကျၢဆဲးကျိးအယိ, နအိၣ်ဒီး တၢ်ခွဲးတၢ်ယၢ်လၢ နကဒီးန့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဆီၣ်ထွဲဒီး တၢ်တိစၢၤမၤစၢၤတဖၣ် လၢတလၢ်ဘၣ် ကျိၣ်စ့ဒီး လၢတၢ်ဆၢကတီၢ် ဖုၣ်ကိၢ်အပူၤန့ၣ်လီၤ. ဒ်သိနကဒီးန့ၢ် တၢ်ကတိၤကျိးထံ မ့တမ့ၢ် တၢ်မၤစၢၤဆီၣ်ထွဲ အတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ်အဂီၢ် ဝံသးစူၤ ဆဲးကျိး ဆူ တၢ်မၤစၢၤ ကရူၢ်ဖိဖဲ 1-833-919-3213 (TTY 711) န့ၣ်တက့ၢ်.
<b>Russian:</b>	Если у вас или у лица, которому вы помогаете, возникли какие-либо вопросы о программе страхования Ambetter Health, при этом вы недостаточно хорошо владеете английским языком, вы имеете право на бесплатную и своевременную помощь и информацию на своем родном языке. Если у вас или у лица, которому вы помогаете, наблюдается какое-либо нарушение слуха и/или зрения, которое препятствует коммуникации, вы имеете право на бесплатные и своевременные вспомогательные услуги и помощь. Для получения услуг перевода или вспомогательных услуг обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру 1-833-919-3213 (TTY 711).

Ambetter Health está suscrito por Iowa Total Care, Inc. que es un emisor de Plan de salud calificado en el Mercado de seguro médico de Iowa. Esta es una solicitud de seguro. ©2024 Iowa Total Care, Inc., [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com). Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre Ambetter Health y no domina el inglés, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo y de manera oportuna. Si usted, o alguien a quien usted ayuda, tiene una afección auditiva o visual que impide la comunicación, tiene derecho a recibir ayudas y servicios auxiliares sin costo alguno y en el momento oportuno. Para recibir servicios de traducción o auxiliares, póngase en contacto con el Servicio al Miembro llamando al 1-833-919-3213 (TTY 711). Para obtener información sobre su derecho a recibir un plan de Ambetter Health libre de discriminación o su derecho a recibir servicios de asistencia lingüística, auditiva o visual, visite [AmbetterHealth.com](https://www.AmbetterHealth.com) y desplácese hasta el final de la página.