

# Formulario de autorización para revelar información médica protegida



Propósito: Una autorización se usa cuando usted quiere dar acceso a otra persona a su información médica protegida. Por ejemplo, una autorización es adecuada si quiere que alguien que no sea usted (p. ej., su hijo o un agente de seguros) hable de sus reclamos con nosotros periódicamente.

## SECCIÓN A: Persona que autoriza el uso o la revelación

Nombre	Número de miembro		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono		

## SECCIÓN B: El uso o la revelación que se autoriza

### Marque una.

- Autorizo la revelación de toda mi información médica, incluyendo información relacionada con cuestiones médicas, dentales, de farmacia, de la visión, de salud mental, de abuso de sustancias, VIH/sida, psicoterapia, reproducción, enfermedades contagiosas, resumen de pago de reclamos, correspondencia sobre reclamos, administración médica o de casos, facturación, pagos, reclamos, inscripción e información sobre programas de atención médica.
- Autorizo solo la revelación de la siguiente información (especifique): \_\_\_\_\_

### Revelar información médica protegida a:

Nombre de la persona/organización			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax		

## SECCIÓN C: Firma de la persona

**Derecho a negarse a firmar esta autorización:** Entiendo que no tengo obligación alguna de firmar este formulario, y que el plan de salud no puede condicionar el tratamiento, el pago ni la elegibilidad para recibir beneficios de atención médica, a mi decisión de firmar esta autorización.

**Derecho a revocar esta autorización:** Entiendo que se necesita una notificación por escrito para revocar esta autorización. Para obtener información sobre cómo puedo revocar mi autorización, puedo comunicarme con la Oficina de Privacidad (Privacy Office) (ver la información de contacto abajo). Sé que mi revocación no entrará en vigor hasta que la reciba el plan de salud. Entiendo que la revocación no tendrá efecto alguno en las revelaciones que se hubiesen hecho antes de que se recibiera mi revocación.

**Aviso sobre nuevas revelaciones:** Entiendo que, una vez que el plan de salud revele mi información según esta autorización, es posible que deje de estar protegida por las normas de privacidad federales y estatales, y que mi información médica podría volver a revelarse sin necesidad de obtener mi autorización.

**Vencimiento:** Esta autorización vencerá 24 meses después de la fecha de la firma (un año después si vivo en Minnesota o 30 meses después si vivo en Illinois), a menos que especifique aquí una fecha o un evento anterior: \_\_\_\_\_

Tuve la oportunidad de revisar este formulario de autorización. Entiendo su contenido. Firmando este formulario de autorización, confirmo que refleja con precisión lo que yo quiero. Tengo derecho a recibir una copia de este formulario para mi archivo. Tendré una copia de este formulario a mi disposición si la pido. Puedo pedir una copia comunicándome con Éxito de los Clientes al (800) 362-3310.

Su firma/firma de su representante personal: \_\_\_\_\_

Su nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si un representante personal firmó este formulario, adjunte la documentación adecuada que compruebe su autoridad legal, como documentos de tutela o un poder notarial para decisiones económicas, si corresponde.*

**Envíe este formulario a:** ATTN: Customer Success • 2650 Novation Parkway • Fitchburg, WI 53713  
Fax: (608) 643-2564 • Teléfono: (800) 362-3310 • Email: customerservice@QuartzBenefits.com

Si decide enviar este formulario por email, tenga en cuenta que muchos servicios de email no son seguros (no están cifrados), y que hay cierto grado de riesgo de que un tercero pueda leer o consultar de otro modo su PHI mientras esté en tránsito.

Los planes de salud de la marca Quartz los ofrecen Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Plan Corporation, Quartz Health Plan MN Corporation y Quartz Health Insurance Corporation, que son entidades legales independientes. ©2025 Quartz Health Solutions, Inc. • QA00290SP\_0325



## Aviso de no discriminación, disponibilidad de servicios de ayuda lingüística y ayudas y servicios auxiliares

Quartz es el nombre de marca de un grupo de compañías comprometidas con su salud: Quartz Health Benefit Plans Corporation, Quartz Health Insurance Corporation, Quartz Health Plan Corporation y Quartz Health Plan MN Corporation. Estas compañías son entidades legales independientes. En este aviso, "nosotros" se refiere a todas las compañías de Quartz.

Para obtener ayuda para entender este material en un idioma distinto del inglés, llame al (800) 362-3310, y un representante de Éxito de los Clientes lo ayudará. Los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al (800) 877-8973.

Nosotros cumplimos las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo (incluyendo características sexuales, como características intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género; y estereotipos sexuales). Quartz no discrimina, no excluye a las personas ni las trata de manera menos favorable por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

Hacemos modificaciones razonables y damos ayudas y servicios auxiliares gratuitos apropiados a las personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros y para que participen en programas o actividades de salud, como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas
- Información en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

Prestamos servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Éxito de los Clientes llamando al (800) 362-3310.

Si cree que no le prestamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal a:

Chief Compliance Officer  
 2650 Novation Parkway  
 Fitchburg, WI 53713  
 Teléfono: (800) 362-3310  
 TTY: 711 u (800) 877-8973 (línea gratuita)  
 Fax: (608) 644-3500  
 Email: AppealsSpecialists@QuartzBenefits.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo, por fax o por email. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro jefe de Cumplimiento, puede ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en [ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](http://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf), o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
 200 Independence Avenue, SW  
 Room 509F, HHH Building  
 Washington, D.C. 20201  
 (800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de quejas en [hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://hhs.gov/ocr/office/file/index.html). En ciertos estados, Quartz es un emisor calificado de Planes de Salud en Health Insurance Marketplace®. Para obtener más información, visite el sitio web de Health Insurance Marketplace® en [HealthCare.gov](http://HealthCare.gov).

### ATTENTION: Free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call (800) 362-3310, TTY: 711 / (800) 877-8973.

<b>Spanish</b> - ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 o hable con su proveedor.
<b>Chinese</b> - 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 或咨询您的服务提供商。
<b>Hmong</b> - LUS CEEV TSHWJ XEEB: Yog hais tias koj hais Lus Hmoob muaj cov kev pab cuam txhais lus pub dawb rau koj. Cov kev pab thiab cov kev pab cuam ntxiv uas tsim nyog txhawm rau muab lus qhia paub ua cov hom ntaub ntawv uas tuaj yeem nkag cuag tau rau los kuj yeej tseem muaj pab dawb tsis xam tus nqi dab tsi ib yam nkaus. Hu rau (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 los sis sib tham nrog koj tus kws muab kev saib xyuas kho mob.
<b>Russian</b> - ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 или обратитесь к своему поставщику услуг.
<b>Vietnamese</b> - LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
<b>Laotian</b> - ຄຳແນະນຳ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາ໌ (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.
<b>German</b> - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie (800) 362-3310. TTY: 711 / (800) 877-8973 an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

