



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA
REMISIONES FORMALES U OBLIGATORIAS PARA EAP**

Al llenar este formulario, usted autoriza a Carelon Wellbeing para que divulgue información a las personas que identifica con respecto a su cumplimiento o incumplimiento con una remisión formal u obligatoria a EAP de parte de su empleador.

SECCIÓN 1: Identifique a la persona cuya información se va a divulgar:

Nombre _____ Empleado por _____

N.º de ID de miembro o N.º del SS _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ N.º de teléfono _____

SECCIÓN 2: Identifique a la persona o entidad que va a recibir la información:

Escriba con letra de molde el nombre de las personas que recibirán los expedientes:

SECCIÓN 3: Identifique qué información puede divulgarse:

- Si el empleado se comunicó con EAP o no, incluyendo fechas de contacto;
- La participación o no participación en el plan de acción recomendado por EAP;
- Otro: _____

Al colocar sus iniciales en los siguientes artículos, autoriza a Carelon Wellbeing a divulgar los siguientes tipos específicos de información a las personas que se identifican en la Sección 2 anterior:

____ Información o registros de uso de alcohol o sustancias

____ Información o registros de salud mental

____ Información o registros relacionados con el VIH/SIDA



SECCIÓN 4: Identifique cuánto tiempo desea que dure esta autorización:

Esta autorización tendrá vigencia por un año o hasta que sea revocada por el firmante, en la manera descrita a continuación o hasta (insertar fecha de vencimiento o evento) _____ (lo que sea más corto).

SECCIÓN 5: Sus derechos:

Tiene derecho a solicitar una copia de este formulario y solicitar una copia de la información que se divulga. No está obligado a firmar esta autorización y el hecho de que se niegue no afectará sus beneficios a menos que esta autorización sea necesaria para determinar sus beneficios. Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso por escrito a:

Carelon Wellbeing Inc. [Operations/Service
Center street address] [Operations/Service
Center City, State, ZIP]

Revocar esta autorización no tendrá ningún efecto sobre las acciones que Carelon Wellbeing tome previo a recibir el aviso de revocación. La información divulgada por esta autorización puede estar en riesgo de ser vuelta a divulgar por el receptor y de ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad. Tenga en cuenta que si autorizó ÚNICAMENTE la divulgación de registros de tratamiento por abuso de alcohol o sustancias, puede revocar esta autorización verbalmente. La revocación de todos los otros tipos de registros de atención médica involucrados se debe hacer por escrito.

Firma de la persona

Fecha

Nombre en letra de molde

D



INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN

1. Por favor escriba la información en LETRA DE MOLDE y con bolígrafo para que sea fácil de leer.
2. No omita ningún paso. Proporcione la información más completa posible.
3. A continuación aparecen ejemplos de información que podría escribirse en la Sección 3 junto a la casilla “Otro”:
 - Resultados de pruebas de detección de drogas o alcohol
 - Plan de tratamiento
 - Plan de cuidados posteriores
 - Información específica relacionada al incumplimiento (por ejemplo, no presentarse a las reuniones de cuidados posteriores, citas perdidas con el proveedor tratante, etc.)
4. **Debe colocar sus iniciales junto al artículo relacionado con la información o registros sobre el uso de alcohol o sustancias en la Sección 3 y proporcionar su firma, su nombre en letra de molde y la fecha en la Sección 5.**

PREGUNTAS: llame al Orientador del lugar de trabajo de EAP si tiene alguna duda o pregunta sobre este formulario de autorización.