



HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

This is not a Durable Power of Attorney for Health Care Decisions. This authorization is voluntary. The information you authorize us to disclose may be subject to re-disclosure by the recipient and if the person or organization authorized to receive the information is not a health plan or health care provider, the information may no longer be protected by the Federal privacy regulations.

You have the right to revoke any written authorization, except to the extent that we have taken action in reliance on the authorization, by writing to us at

Health Plan of Nevada, Inc.
Attn. Member Services Department
P. O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

We may not condition your receipt of treatment, payment, enrollment, or eligibility for benefits on completion of this authorization.

The numbers on this instruction sheet directly correspond to the numbers on the authorization form (i.e., #1 on this sheet provides instruction on how to fill out line 1. on the authorization form).

- #1. Please print legibly, your full name (first name middle last name). Enter only one member name per form.
- #2. Write in your 11-digit identification number (may be called the Member # or Medical Identification # on your health plan ID card, example 999999999-00). Enter only one member number per form.
- #3. Write in the name of the person or organization you authorize us to disclose this information to. Please include the full name (i.e. first name, last name) and address of the individual or organization and print legibly.
- #4. You must specify what information you want HPN to disclose. You can check the first box for information regarding eligibility, benefits, claims adjudication, prior authorization status and primary care physician assignment AND/OR you can indicate other information you want disclosed by checking the second box and writing the specific information in the space provided. You can choose one or both options. Information pertaining to substance abuse diagnosis or treatment is protected by Federal confidentiality rules (42 C.F.R. Part 2). Disclosure of such information requires completion of the Consent for Release of Confidential Health Information under 42 C.F.R. Part 2 – Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records.
- #5. By signing this authorization, you certify that you understand that this information is being disclosed at your request.
- #6. You have a choice of how long the authorization remains in effect. Please select only one option. If you select a specific expiration date or event, you must include additional details such as the specific date (i.e., 12/31/2008 or 01/01/2999) or specific event (i.e., until I am released from my inpatient stay at Valley Hospital). Please note the following are examples of unacceptable expiration dates: “No expiration date”, “Forever” and/or “Infinity”.
- #7. The signature of the individual member and date is required. If the authorization form is signed by a personal representative of the member, the personal representative must provide legal documentation that he/she is authorized to act on the member’s behalf.



HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Esto no es un Poder legal duradero para decisiones de atención médica This authorization is voluntary. La información que usted nos autorice a revelar puede volver a ser revelada por el destinatario y si la persona o la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, es posible que la información ya no esté protegida por las normas federales de privacidad. Usted tiene derecho a revocar cualquier autorización escrita, a menos que ya hayamos actuado sobre la base de esta autorización, escribiéndonos a

Health Plan of Nevada, Inc.
Attn. Member Services Department
P. O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

Nosotros no podemos hacer que su tratamiento, pago, inscripción o beneficios de elegibilidad dependan de que complete esta autorización.

Los números de esta hoja de instrucciones corresponden directamente a los números en el formulario de autorización (es decir, el número 1 de estas instrucciones le indica cómo rellenar la línea 1 del formulario).

- #1. Anote su nombre completo (nombre y apellido), con letra legible. Escriba sólo un miembro por formulario.
- #2. Anote su número de identificación de 11 dígitos (en su credencial de identificación puede decir Member # o Medical Identification #, example 999999999-00). Escriba sólo un miembro por formulario.
- #3. Anote el nombre de la persona o personas a quienes usted nos autoriza que revelemos esta información. Por favor, anote el nombre complete (es decir, nombre y apellido) y la dirección de la persona u organización en letra legible.
- #4. Debe especificar la información que quiere que revele HPN. Puede marcar la primera casilla para información sobre elegibilidad, beneficios, resolución de reclamaciones, estado de autorización previa y asignación de medico de atención primaria Y/O puede indicar otra información que desea que revelen marcando la segunda casilla y escribiendo la información específica en el espacio reservado. Puede seleccionar una de las opciones o las dos. **La información sobre el diagnóstico y tratamiento de abuso de sustancias está protegida por las leyes federales de confidencialidad (42 C.F.R. Parte 2). La revelación de dicha información requiere llenar el Consentimiento de Divulgación de Información Confidencial de Salud bajo el 42 C.F.R. Parte 2 – Confidencialidad de Archivos de Abuso del Alcohol y de Drogas.**
- #5. Al firmar esta autorización, certifica que entiende que HPN va a revelar esta información con su autorización.
- #6. You Usted puede decidir cuánto tiempo durará la autorización. Seleccione solamente una opción. Si selecciona una fecha de vencimiento específica o un acontecimiento, tiene que incluir información adicional, como por ejemplo la fecha específica (31/dic/2008 ó 01/enero/2999) o el acontecimiento específico (por ejemplo, hasta que me den de alta del hospital Valley Hospital). Los siguientes son ejemplos de fechas de vencimiento no aceptables: “Sin fecha de vencimiento”, “Para siempre” o “Indefinidamente.
- #7. La firma del miembro y la fecha son obligatorias. Si un representante personal del miembro firma el formulario, ese representante personal deberá proporcionar la documentación legítima que comprueba que tiene autorización para actuar en nombre del miembro.

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

ALL FIELDS MUST BE COMPLETED. PLEASE PRINT CLEARLY. ONE MEMBER PER FORM.

See complete instructions.

1. **Member Name:** _____
(First MI Last)

2. **Member ID Number:** _____

3. I authorize Health Plan of Nevada, Inc. ("HPN"), on behalf of itself and affiliated companies, to disclose my Protected Health Information designated in #4 below to the following person or organization:

Name of individual or entity: _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Home (xxx-xxx-xxxx) _____ Mobile (xxx-xxx-xxxx) _____ Fax (xxx-xxx-xxxx) _____

4. I authorize HPN, on behalf of itself and affiliated companies, to disclose:

Information regarding eligibility, benefits, claim adjudication, prior authorization status and primary care physician assignment AND/OR

The following specific information*: _____

* Information pertaining to substance abuse diagnosis or treatment requires completion of the Consent for Release of Confidential Health Information under 42 C.F.R. Part 2 - Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records.

5. **Purpose of the disclosure:** I understand that the information designated in #4 above is being disclosed at my request.

6. **This authorization shall remain in effect from the date signed below until** (check only one):

Date of my disenrollment from the health plan

One year from the date this authorization is signed

Specific expiration date (MM/DD/YYYY): _____

Once the following event occurs: _____

7. **Member's Signature:** _____ **Date:** _____

Personal Representative's signature: _____ **Date:** _____
(if member is a minor and no sensitive health information is being disclosed or if the member is legally incapacitated)

Print Name _____ Relationship to Member _____

Legal Authority: _____

Documentation of the personal representative's legal authority must be attached.

ALL FIELDS MUST BE COMPLETED. An incomplete authorization form is invalid and will not be accepted. If you need additional assistance filling out the form or have any questions, please call Member Services. Member Services phone number can be found on the back of your health plan ID card.

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD
DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS. UN MIEMBRO POR FORMULARIO.
Consulte las instrucciones.

1. Nombre del miembro: _____

2. Número del miembro: (xxxxxxxx-xx) _____

3. Autorizo a Health Plan of Nevada, Inc. ("HPN") a revelar mi información protegida de salud designada en el apartado número 4 a continuación a la siguiente persona u organización:

Nombre de la persona o entidad: _____

Dirección Ciudad Estado Código postal

Teléfono (xxx-xxx-xxxx) Mobile (xxx-xxx-xxxx) Fax (xxx-xxx-xxxx)

4. Autorizo a HPN a revelar:

Información sobre elegibilidad, beneficios, resolución de reclamaciones, estado de autorización previa y asignación de médico de atención primaria Y/O

La siguiente información específica*: _____

* La información respecto al diagnóstico o tratamiento de abuso de sustancias requiere llenar el Consentimiento de Divulgación de Información Confidencial de Salud bajo el 42 C.F.R. Parte 2 – Confidencialidad de Archivos de Abuso del Alcohol y de Drogas.

Propósito de la revelación: Entiendo que HPN va a revelar la información designada en el apartado número 4 anterior en respuesta a mi solicitud.

5. Esta autorización permanecerá vigente a partir de la fecha en que se firmó más abajo, hasta (marque solo una):

La fecha en que me dé de baja del plan de salud

Un año a partir de la fecha en que firme esta autorización

La fecha de vencimiento específica (MM/DD/YYYY): _____

Cuando ocurra el siguiente acontecimiento: _____

7. Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____
(si el miembro es menor de edad y no se está revelando información médica sensible o si el miembro está legalmente discapacitado)

Nombre en letra de molde Relación con el miembro

Autoridad legal: _____

Se debe incluir la documentación de la autoridad legal del representante.

DEBE COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS. Los formularios de autorización incompletos no son válidos y no se aceptarán. Si necesita ayuda adicional para rellenar el formulario o si tiene preguntas, llame a Servicios a los Miembros. El número de Servicios a los Miembros se encuentra al reverso de su credencial de identificación.