

P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221

Notice to Member:

- Completing this form will allow Arkansas Total Care to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with Arkansas Total Care will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Arkansas Total Care cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the fields on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to:

Arkansas Total Care
ATTN: Compliance Department
P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Arkansas Total Care a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Arkansas Total Care no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Arkansas Total Care no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a:

Arkansas Total Care
ATTN: Compliance Department
P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO. NO SE PUEDEN ACEPTAR FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de ID del miembro: _____

2 AUTORIZO A ARKANSAS TOTAL CARE A UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA EL PROPÓSITO QUE SE INDICA O A COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE MENCIONA A CONTINUACIÓN. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES (marque una opción a continuación):

- permitir que Arkansas Total Care me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir que Arkansas Total Care utilice o comparta mi información de salud para _____

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (añada más personas o grupos en la página siguiente):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

4 AUTORIZO A ARKANSAS TOTAL CARE A UTILIZAR O COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (NOTA: *Seleccione la primera afirmación para divulgar TODA la información de salud o seleccione la afirmación a continuación para divulgar solo PARTE de la información de salud. NO se pueden seleccionar ambas*).

- Toda mi información de salud, INCLUIDOS los siguientes tipos de información:**
Información, servicios o resultados de pruebas genéticas; registros e información sobre HIV/sida; registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia); registros e información sobre medicamentos recetados; y registros e información sobre consumo de drogas y alcohol (especifique cualquier información sobre trastornos por consumo de sustancias que pueda divulgarse), **O**
- Toda mi información de salud, EXCEPTO los siguientes tipos de información (a continuación, marque solo las casillas que correspondan):**
 - Información, pruebas o servicios genéticos.
 - Registros e información sobre HIV/sida.
 - Registros e información sobre consumo de drogas y alcohol.
 - Registros e información sobre salud mental (excepto notas de psicoterapia).
 - Registros e información sobre medicamentos recetados.
 - Otros: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN LA SIGUIENTE FECHA O ACONTECIMIENTO:

Fecha de finalización de esta autorización, a menos que se cancele. Si este campo está en blanco, la autorización vencerá al cabo de un año a partir de la fecha de la firma que figura a continuación.

6 FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE LEGAL*: _____

*Al escribir mi nombre o firmar este documento electrónicamente, certifico que soy la persona en cuestión. Además, acepto que mi firma en este documento es tan válida como si lo firmara

por escrito.

FECHA: _____

SI ES EL REPRESENTANTE LEGAL, indique la relación con el miembro: _____

Si usted es el representante legal o personal del Miembro, debe enviarnos copias de los formularios pertinentes, como el poder notarial o la orden de custodia.

ENVÍE POR CORREO POSTAL EL FORMULARIO DE
AUTORIZACIÓN COMPLETADO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN
DE RESPALDO A

**Arkansas Total Care, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
P.O. Box 25010 Little Rock, AR 72221**

PERSONAS O GRUPOS ADICIONALES AUTORIZADOS PARA RECIBIR LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si da su consentimiento para la divulgación de cualquier registro de trastorno por consumo de sustancias a un destinatario que no sea un tercero pagador ni un proveedor de atención de salud, un centro o un programa en el que reciba servicios de un proveedor responsable del tratamiento, como un mercado de seguro de salud o una institución de investigación (en adelante, "entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona que le proporciona servicios en calidad de proveedor responsable del tratamiento o de la entidad receptora en la que recibe dichos servicios, o simplemente debe indicar que sus registros de trastornos por consumo de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores responsables del tratamiento actuales y futuros en esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: () - _____

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: () -

Nombre (persona o entidad):

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal: Número de teléfono: () -