

## Autorización para divulgar información de salud protegida (PHI)

**Aviso para el afiliado:**

- Si completa este formulario, **Trillium Community Health Plan** podrá compartir su información de salud con la persona o el grupo que usted identifique debajo.
- No tiene que firmar este formulario ni otorgar permiso para compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con **Trillium Community Health Plan** no cambiarán si no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Cuando desee cancelar este Formulario de autorización, complete el Formulario de revocación y envíenoslo a la dirección que figura en la parte inferior de la página.
- **Trillium Community Health Plan** no puede prometer que la persona o el grupo con el que desee compartir su información de salud no la divulgará ante otra persona.
- Conserve una copia de todos los formularios completados que nos envié. **Trillium Community Health Plan** puede enviarle copias si las necesita.
- Complete toda la información en este formulario. Una vez que termine, envíelo por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la página.

**Información del afiliado:**

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de identificación del afiliado [Medicaid/Medicare]: \_\_\_\_\_

**Le otorgo permiso a Trillium Community Health Plan para compartir mi información de salud con la persona o el grupo (destinatario) que figuran debajo. El propósito de la autorización es ayudarme con los beneficios y servicios que ofrece Trillium Community Health Plan.**

**Información del destinatario:**

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

**Trillium Community Health Plan puede compartir la siguiente información de salud: (marque todas las casillas que correspondan)**

- Toda mi PHI                      **O**                       Toda mi PHI **EXCEPTO:**
- Diagnósticos, tratamiento o remisión por alcohol/drogas
  - Información sobre síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
  - Información sobre servicios de salud del comportamiento o sobre atención psiquiátrica (excepto notas de psicoterapia)
  - Información de pruebas genéticas
  - Otra información \_\_\_\_\_

**Fecha de finalización de la autorización:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (fecha en que finaliza la autorización a menos que sea cancelada)

Enviar por correo a: **Trillium Community Health Plan**  
 Attn: Compliance Department, PO Box 11740, Eugene, OR, 97440  
 Número de fax gratuito del Departamento de Cumplimiento Normativo: (1-844) 426-5340

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(El afiliado o el representante legal deben firmar aquí)

Si firma en nombre del afiliado, describa la relación que los une a continuación. Si usted es el representante personal del afiliado, indíquelo a continuación y envíenos copias de esos formularios (como un poder notarial o una orden judicial de tutela).

### ¿Cree que Trillium Community Health Plan (TCHP) lo ha tratado injustamente?

Trillium tiene que obedecer leyes federales y estatales sobre derechos civiles. No puede tratar a las personas injustamente en ninguno de sus programas o actividades por lo siguiente:

- Edad
- Identidad de género
- Raza
- Orientación sexual
- Color
- Estado civil
- Religión
- Discapacidad
- Origen
- Sexo

Todas las personas tienen derecho a entrar, salir y hacer uso de las instalaciones y los servicios. También tienen derecho a recibir información de una manera en la que puedan entenderla. Trillium hará cambios razonables a políticas, prácticas y procedimientos luego de hablar con usted sobre sus necesidades.

Para informar sobre inquietudes o para obtener más información, por favor, póngase en contacto con el Departamento de Servicio para los Afiliados de Trillium al 541-485-2155, de forma gratuita al 1-877-600-5472, TTY: 1-877-600-5473, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Fuera de ese horario, incluso sábados, domingos y días feriados, puede dejar un mensaje de voz. Le devolveremos la llamada el siguiente día laborable. La llamada es gratuita.

También tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Póngase en contacto con esa oficina de las siguientes formas:

- Sitio web: [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)
- Correo electrónico: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)
- Teléfono: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)
- Correo: 200 Independence Ave., SW, Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201

## English

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## 繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## 日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473. まで、電話までご連絡ください

## Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل بـ Medicaid على رقم 1-877-600-5472، رقم هاتف الصم والبكم: 1-877-600-5473.

## Română (Romanian)

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## Cushite

XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

## Deutsch (German)

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

**فارسی (israF)**

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما  
تماس بگیرید. فراهم می باشد. با. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.

**Français (French)**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.  
Appelez le Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473

**ภาษาไทย (Thai)**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร. Medicaid 1-877-600-5472; TTY: 1-877-600-5473.