Aquí está el Formulario de divulgación de información de UCare

El Formulario de divulgación de información de UCare permite que su información personal o sus registros médicos se compartan con una persona o entidad que usted designe. Este formulario también explica qué información se puede divulgar, quién la puede recibir y para qué fin.

Complete este Formulario de divulgación de información. Asegúrese de marcar las casillas que apliquen y fírmelo. Después, devuélvanos el formulario por correo postal, por fax o por correo electrónico. Al final del formulario figura nuestra dirección postal, número de fax y dirección de correo electrónico.

Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita ayuda

Brindamos ayuda y estamos a su disposición cuando nos necesita. No dude en llamarnos al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro si tiene alguna pregunta. También puede enviarnos una solicitud a través de su cuenta de miembro en línea, en **member.ucare.org**.

Discrimination is against the law. UCare does not discriminate because of race, color, national origin, creed, religion, sexual orientation, public assistance status, marital status, age, disability or sex.

No English? **1-800-203-7225**
1-800-688-2534 (TTY)

Auxiliary Aids and Services. UCare provides auxiliary aids and services, like qualified interpreters or information in accessible formats, free of charge and in a timely manner, to ensure an equal opportunity to participate in our health care programs. **Contact** UCare at 612-676-3200 (voice) or 1-800-203-7225 (voice), 612-676-6810 (TTY), or 1-800-688-2534 (TTY).

ADA Advisory **1-800-203-7225**
1-800-688-2534 (TTY)

H2456_H5937_Y0120_15061_042025_C
U15092 Spanish (U15061) (04/2025)

Formulario de divulgación de información

Información del miembro

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____

N.º de identificación de miembro de UCare: _____

UCare puede divulgar mi información a: _____
(persona o entidad que recibe mi información)

Información que se divulgará

La persona o entidad nombrada arriba puede acceder a los siguientes registros médicos e información. Esta persona o entidad también puede cambiar estos registros con UCare.

☐ Permito que UCare comparta todos mis expedientes e información con mi representante.

O bien,

☐ Permito que UCare comparta los siguientes expedientes con mi representante.

☐ Mi nombre, dirección, teléfono y número de identificación de miembro de UCare ☐ Información de reclamos ☐ Historial de farmacia ☐ Estado y antecedentes de inscripción ☐ Planes de administración de la salud ☐ Revisión de la utilización	☐ Información de salud sexual o estado de HIV/SIDA ☐ Estado de embarazo e información de fertilidad ☐ Evaluaciones de atención médica ☐ Apelaciones y quejas ☐ Información financiera	☐ Autorizaciones ☐ Registros de atención de salud psicológica ☐ Información de restricciones ☐ Otra (indíquenos cuál): _____ _____ _____

Plazo

☐ Divulgar mis registros en cualquier momento durante mi inscripción.

O bien,

☐ Divulgar mis registros de este período específico:

_____

Propósito de la divulgación

☐ A petición personal ☐ Para explicar los programas y servicios de UCare ☐ Investigación ☐ Comunicado de prensa	☐ Para enviar una apelación o queja (reclamación) ☐ Continuidad de la atención y manejo de enfermedades ☐ Otra (indíquenos cuál): _____

Esta divulgación durará hasta _____, o en un año a partir de la fecha de la firma. (dé una fecha, específica, evento o condición)

Firmando el formulario, entiendo y reconozco que:

- UCare puede usar y divulgar información sobre mí sobre mí por las razones de arriba.
- Tengo derecho a cancelar esta divulgación en cualquier momento enviando un correo electrónico a **privacy@ucare.org** o escribiendo al funcionario de privacidad de UCare, a: UCare's Privacy Officer at 500 Stinson Blvd. NE, Minneapolis, MN 55413.
- Si cancelo esta divulgación, entiendo que mi información podría ya haber sido compartida o utilizada antes de que yo cancelara la divulgación.
- Cuando la información se comparte con la parte nombrada en este formulario, es posible que deje de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.
- No firmar esta divulgación no afectará mi cobertura de salud.
- La información divulgada puede permitir que otras personas sepan que estoy en un programa de asistencia médica de Minnesota.
- Por la presente, libero a UCare de todos los reclamos que surjan de o en relación con el uso de la información divulgada.

_____ _____

Firma del miembro de UCare que aprueba la divulgación — Fecha

_____ _____

Firma del testigo (si es necesario) — Fecha

_____ _____

Firma del padre, tutor o representante autorizado (si es necesario) — Fecha

Devuelva este formulario a UCare de una de estas tres maneras:

Correo electrónico: UCare
PO Box 52
Minneapolis, MN
55440-0052

Fax: 612-676-6501

Email: **CLSScanReqInq@ucare.org**