



AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

1. I hereby authorize Driscoll Health Plan to release information from the health care record(s) of:

Member Name: _____ Member ID#: _____

DOB: _____ Sex: _____

Address: _____

Guardian/Authorized Representative: _____

Mother: _____ Father: _____

2. Information to be released is for date(s) of service from (date): _____ to (date) _____

3. Information is to be released to:

Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone # (including area code): _____ Fax #: _____

4. Purpose of release (please initial):

_____ Personal Use (fees may be charged for copies)

_____ Attorney

_____ Physician's Office or Clinic

_____ Child Protective Services/Law Enforcement Children's Advocacy Center or related services

_____ School/Child Care Behavioral Programs

_____ Other (please explain) _____

5. Type of information to be released:

Claims Records

Utilization Review/Authorization Records

Billing Records

Other (please specify): _____

6. **TIME LIMIT AND RIGHT TO REVOKE AUTHORIZATION:** Except to the extent that action that has already been taken in reliance on this authorization, at any time, I can revoke this authorization by submitting a notice in writing to Driscoll Health Plan at the address below. Unless revoked, this authorization will expire on the following date or event (fill in date or event

_____ or 180 days from the date of signature. [Click or tap here to enter text.](#)

7. I further authorize that a photocopy of this authorization form will be fully acceptable as an original.
8. Driscoll Health Plan, its employees and officers are released from legal responsibility or liability for the release of the above information to the extent indicated and authorized herein.
9. DRUG AND/OR ALCOHOL ABUSE, AND/OR PSYCHIATRIC, AND/OR HIV/AIDS, AND/OR GENETIC INFORMATION RECORDS RELEASE: I understand the information could contain references to, or results of psychological and/or psychiatric impairment, substance abuse, sexual assault, physical abuse, or AIDS/ARC antibody testing (Acquired Immune Deficiency Syndrome/AIDS Related Complex, HIV Antibody Testing) or Genetic information/testing.
10. Pre-payment of copies may be required except in the case of a medical emergency or continuity of care.
11. I understand that Driscoll Health Plan may not condition treatment, payment, enrollment, or eligibility of benefits based on my completion of this authorization form.

RE-DISCLOSURE: This information is being disclosed to you from confidential records. Confidentiality is protected by Federal Law 42 C.F.R., Part 2. However, the information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and will no longer be protected by the Federal HIPAA Privacy rule.

Signature of Member, Guardian, or Authorized Representative*

Date

Relationship to member

Phone Number

**Person who has legal authority to act on Member's behalf.*

Mail the completed, signed authorization form to:

For STAR/CHIP Members:

Driscoll Health Plan
Attn: Member Services Department
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

For STAR Kids Members:

Driscoll Health Plan
Attn: Population Health Department
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

COMP-001 12/23

<p><u>DHP DEPT. USE ONLY</u></p> <p>_____ CHIP _____ STAR _____ STAR Kids</p> <p>Date Received: _____</p> <p>Date Scanned to EPIC: _____</p> <p>Additional Notes: _____</p>
--



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

1. Mediante este documento, autorizo a Driscoll Health Plan a divulgar información de salud de los expedientes médicos de:

Nombre del miembro: _____ No. de ID del miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Tutor/Representante autorizado: _____

Madre: _____ Padre: _____

2. La información que se divulgará corresponde a la fecha o fechas de servicio a partir del (fecha) _____ al (fecha) _____

3. La información será divulgada a las siguientes personas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (incluir código de área): _____ Fax: _____

4. Motivo de la divulgación (inicialar):

____ Uso personal (pueden aplicarse cargos por las copias)

____ Abogado

____ Consultorio médico o clínica

____ Servicios de Protección Infantil/Centro de Defensa de los Niños, Fuerzas de Seguridad o servicios relacionados

____ Programas escolares o infantiles de atención conductual

____ Otro (indicar) _____

5. Tipo de información a divulgar:

Registros de reclamaciones

Revisión de utilización/registros de autorización

Registros de facturación

Otro (indicar) _____

6. **PLAZOS Y DERECHO DE REVOCAR LA AUTORIZACIÓN:** Excepto en la medida en que ya se haya actuado conforme a esta autorización, puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito ante Driscoll Health Plan, a la dirección indicada a continuación. A menos que esta autorización sea revocada, caducará en la siguiente fecha o evento (indicar fecha o evento) _____ o bien 180 días a partir de la fecha de la firma que se indica al final de este formulario.

7. Asimismo, autorizo a que una fotocopia de este formulario de autorización tenga igual validez legal que el original.
8. Driscoll Health Plan, sus empleados y sus funcionarios quedarán exentos de responsabilidad legal o de cualquier otro tipo, con respecto a la divulgación de la información indicada anteriormente en la medida indicada y autorizada en este documento.
9. **DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE ABUSO DE DROGAS Y/O ALCOHOL, Y/O PSIQUIÁTRICA, Y/O VIH/SIDA, Y/O GENÉTICA:** Entiendo que la información podría contener referencias o resultados de deterioro psicológico y/o psiquiátrico, abuso de sustancias, agresión sexual, abuso físico o pruebas de anticuerpos del sida/ARC (síndrome de Inmunodeficiencia adquirida/complejo relacionado con el sida, pruebas de anticuerpos contra el VIH) o información genética o pruebas genéticas.
10. Podrá exigirse el pago de las copias por adelantado, excepto en el caso de una emergencia médica o de continuidad de la atención.
11. Entiendo que Driscoll Health Plan no podrá condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a que yo complete este formulario de autorización.

REDIVULGACIÓN: Esta información procede de expedientes confidenciales. La confidencialidad está protegida por la ley federal, parte 2 del título 42 del C.F.R. Sin embargo, la información usada o divulgada de conformidad con esta autorización podría estar sujeta a una redivulgación por parte del receptor y ya no estaría protegida por las reglamentaciones de privacidad federales establecidas en la ley HIPAA.

Firma del miembro, tutor o representante autorizado*

Fecha

Relación o parentesco con el miembro

Teléfono

* *Persona con autoridad legal para actuar en representación del miembro.*

Envíe el formulario de autorización completado y firmado a:

Para miembros de STAR/CHIP:

Driscoll Health Plan
Attn: Member Services Department
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

Para miembros de STAR Kids:

Driscoll Health Plan
Attn: Population Health Department
4525 Ayers Street
Corpus Christi, TX 78415

DHP DEPT. USE ONLY

_____ CHIP
_____ STAR
_____ STAR Kids

Date Received:

Date Scanned to EPIC:

Additional Notes:
