

NOTICE TO MEMBER:

- Completing this form will allow Superior HealthPlan to share your health information with the person or group that you identify below.
 - You do not have to sign this form or give permission to share your health information. Your services and benefits with Superior HealthPlan will not change if you do not sign this form.
 - Right to cancel (revoke): If you want to cancel this Authorization Form, fill out the Revocation Form on the next page and mail it to us at the address at the bottom of the page.
 - Superior 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 Superior. We can send you copies if you need them.
 - Fill in all the information on this form. When done, mail it to:

Superior HealthPlan
Attn: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
 - If you need help, contact member services at the number on the back of your ID card.
-

AVISO PARA AFILIADOS:

- Completar este formulario le permitirá a Superior HealthPlan compartir su información de salud con la persona o el grupo que usted identifique a continuación.
- No tiene la obligación de firmar este formulario ni de autorizar a que se comparta su información de salud. Sus servicios y beneficios con Superior HealthPlan no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Derecho a cancelar (revocar): Si desea cancelar este Formulario de autorización, complete el Formulario de revocación que está en la página siguiente y envíelo por correo a la dirección que figura en la parte inferior de la página.
- Superior no puede prometer que la persona o el grupo con el que nos permite compartir su información de salud no la compartirá con alguien más.
- Conserve una copia de todos los formularios completados que usted envía a Superior. Podemos enviarle copias si las necesita.
- Complete toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo por correo a:

Superior HealthPlan
Attn: Compliance Department
5900 E. Ben White Blvd.
Austin, TX 78741
- Si necesita ayuda, llame a los Servicios para afiliados al número que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación.



AUTHORIZATION TO DISCLOSE HEALTH INFORMATION

Member Name (print): _____

Member Date of Birth: ____/____/____ **Member ID Number:** _____

Recipient Information

I give Superior HealthPlan permission to share my health information with the person or group named below. The purpose of the authorization is to help me with my Superior HealthPlan benefits and services.

Name (person or group): _____

Address: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip:** _____

Phone: (____) _____ - _____

Superior HealthPlan can share the below health information with the person or group named above.
(check which applies):

- All of my health information.**
- All of my health information EXCEPT** (Must initial to exclude the following information):
 - _____ **Prescription drug/medication information.**
 - _____ **Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) or Human Immunodeficiency Virus (HIV) information.**
 - _____ **Treatment for alcohol and/or substance abuse information.**
 - _____ **Behavioral health services or psychiatric care information.**
 - _____ **Other:** _____

Date or event when authorization will end: _____
(Examples: 01/01/2050, 'three years from this date', at conclusion of court case)

Signature: _____ **Date:** ____/____/____
(Member or *Legal Representative sign here)

***Authorized Representative**

Note: Authorized representative must include a copy of legal document granting authority to sign for the member.

If you are not the member, name of person signing form: _____

Relationship to Member: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Nombre del afiliado (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento del afiliado: ___/___/___ Nro de identificación del afiliado: _____

Información del destinatario

Autorizo a Superior HealthPlan a compartir mi información de salud con la persona o el grupo indicados a continuación. El propósito de la autorización es ayudarme con mis beneficios y servicios de Superior HealthPlan.

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ - _____

Superior HealthPlan puede compartir la información de salud incluida debajo con la persona o el grupo indicados arriba. (marcar lo que corresponda):

 Toda mi información de salud **Toda mi información de salud EXCEPTO** (debe escribir sus iniciales para excluir la siguiente información):_____ **Información sobre medicinas/medicamentos recetados.**_____ **Información sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).**_____ **Información sobre el tratamiento para el abuso de alcohol y/o sustancias.**_____ **Información sobre servicios de salud del comportamiento o atención psiquiátrica.**_____ **Otra:** _____

Fecha o evento cuando finalizará la autorización: _____

(Ejemplos: 01/01/2050, "tres años después de esta fecha", al finalizar un proceso judicial)

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

(El afiliado o *representante legal debe firmar aquí).

***Representante autorizado**

Nota: El representante autorizado debe incluir una copia del documento legal que le concede autoridad para firmar en representación del afiliado.

Si usted no es el afiliado, nombre de la persona que firma el formulario: _____

Relación con el afiliado: _____