



# Authorization for Use of Protected Health Information



By signing below:

I authorize Blue Cross of California, or an agent, subsidiary or affiliate that has a business associate contract with Blue Cross of California, to obtain any medical records (but not including psychotherapy notes) from any physicians, hospitals and/or other health care providers concerning my care and the care of any family member listed on my Application or Change of Coverage Form.

I also authorize any physicians, hospitals and/or other health care providers to furnish any medical records (but not including psychotherapy notes) concerning my care and the care of any family member listed on my Application or Change of Coverage Form to Blue Cross of California, or an agent, subsidiary or affiliate that has a business associate contract with Blue Cross of California. This information is needed to determine eligibility for the coverage requested for myself and/or any family members listed on my Application or Change of Coverage Form.

I understand that the entities indicated above can request medical records for up to the past 10 years and this information will be used to determine whether I and my listed family members are eligible for enrollment in the coverage requested.

I understand that this form must be signed and returned with my completed Application if I am initially applying for enrollment in a medically underwritten health plan offered by Blue Cross of California or its affiliate, BC Life & Health Insurance Company, or signed and returned with my completed Change of Coverage Form if I wish to add a family member or upgrade my coverage. This Authorization will expire when determination is completed regarding my/our eligibility for coverage.

I understand that I may revoke this Authorization at any time while Blue Cross of California is determining eligibility for the coverage requested. To do so, I must submit a completed Authorization Revocation Form to Blue Cross of California. An Authorization Revocation Form is available by writing to: Blue Cross of California, P.O. Box 9041, Oxnard, CA 93031. If I revoke this Authorization after I initially apply for coverage, I understand that I/we will not be considered by Blue Cross of California for enrollment in one of its medically underwritten health plans. If I revoke this Authorization after I ask to upgrade my coverage or add a family member, I understand that the change will not be made.

_____	_____	_____
Printed name of Applicant/Member	Signature of Applicant/Member or his/her Personal Representative	Date
_____	_____	_____
Printed name of Spouse or Dependent Child age 18 or over listed on Application	Signature of Spouse/Dependent Child* or his/her Personal Representative	Date
_____	_____	_____
Printed name of Dependent Child age 18 or over listed on Application	Signature of Dependent Child* or his/her Personal Representative	Date

*\*If listed on your Application or Change Form, your spouse and each dependent child age 18 or over must sign above*

If this Authorization is signed by a personal representative on behalf of the Applicant/Member, Spouse and/or Dependent Child(ren), the representative must complete the following:

_____	_____	_____
Printed name of Personal Representative	Relationship to Applicant/Member, Spouse and/or Dependent Child(ren)	Date

*A photocopy of this form will be as valid as the original.  
You have the right to receive a copy of this Authorization upon request.*



# Autorización para el uso de la información médica protegida



Al firmar más adelante:

Autorizo a Blue Cross of California, o sus agentes, subsidiarias o afiliados que tengan un contrato de asociación comercial con Blue Cross of California, a obtener cualquier historial médico (sin incluir las notas de psicoterapia) de cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica relacionado con la atención de cualquiera de los miembros de la familia listados en mi Solicitud o Formulario de Cambio de Cobertura.

También autorizo a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica a proporcionar cualquier historial médico (sin incluir las notas de psicoterapia) relacionados con mi atención y la atención de cualquier miembro de la familia listado en mi Solicitud o Formulario de Cambio de Cobertura a Blue Cross of California, o a un agente, subsidiaria o afiliado que tenga un contrato de asociación comercial con Blue Cross of California. Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad a la cobertura solicitada para mí o algún miembro de la familia listado en mi Solicitud o Formulario de Cambio de Cobertura.

Entiendo que las entidades indicadas anteriormente pueden solicitar el historial médico de hasta los últimos 10 años y esta información se usará para determinar si yo y los miembros indicados de mi familia somos elegibles para inscribirnos en la cobertura solicitada.

Entiendo que este formulario debe estar firmado y debe enviarse con la solicitud llena si estoy solicitando por primera vez inscripción a un plan médico asegurado médicamente que ofrezca Blue Cross of California o su afiliada, BC Life & Health Insurance Company, o debe firmarse y enviarse con mi Formulario de Cambio de Cobertura Lleno si deseo añadir a un miembro de la familia o elevar la categoría de mi cobertura. Esta autorización vencerá cuando se realice la determinación relacionada con mi o nuestra elegibilidad a la cobertura.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mientras Blue Cross of California esté determinando la elegibilidad a la cobertura solicitada. Para hacer esto, debo presentar un Formulario de revocación de autorización lleno a Blue Cross of California. Este formulario está disponible escribiendo a: Blue Cross of California, P.O. Box 9041, Oxnard, CA 93031. Si revoco esta autorización después de que solicite por primera vez la cobertura, entiendo que Blue Cross of California no me considerará o no nos considerará para inscripción en uno de sus planes de salud asegurados médicamente. Si revoco esta autorización después de solicitar que se eleve la categoría de mi cobertura o se añada a un miembro de la familia, entiendo que no se realizará el cambio.

Nombre en letra de molde del solicitante o miembro	Firma del solicitante o miembro o su representante personal	Fecha
Nombre en letra de molde del cónyuge o hijo de 18 años o más indicado en la solicitud	Firma del cónyuge o hijo dependiente* o su representante personal	Fecha
Nombre en letra de molde del hijo dependiente de 18 años o más listado en la solicitud	Firma del hijo dependiente* o su representante personal	Fecha

*\*Si se listan en la Solicitud o Formulario de Cambio, su cónyuge y cada hijo dependiente de 18 años o más debe firmar.*

Si un representante personal firma esta autorización a nombre del solicitante o miembro, cónyuge o hijo(s) dependiente(s), el representante debe llenar lo siguiente:

Nombre en letra de molde del representante personal	Relación con el solicitante o miembro, cónyuge o hijo(s) dependiente(s)	Fecha
---	---	-------

*Las fotocopias de este formulario tendrán la misma validez que el original.  
Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicita.*