

Solicitud y Autorización para la Revelación de Información de Salud

FECHA EFECTIVA: _____

Esta es una autorización que solicita _____ (Nombre del plan de salud – organización que revelará su información) para revelar información individual de salud protegida por el Acta de 1996 de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), o por la ley del estado que protege la privacidad de información de salud. Yo por medio de la presente autorizo el uso y la revelación de la información individualmente identificable de salud como esta descrita a continuación.

(1) La solicitud para revelar la información es hecha para el miembro del plan dental identificado a continuación:

_____	_____	_____
Número de Identificación	Nombre del Miembro	Fecha de Nacimiento
_____		_____
Dirección		Número de Teléfono

(2) Descripción específica de información que puede ser usada/revelada:

- Información de Reclamos Información de Pagos
- Otra Información (debe proporcionar la descripción específica):

(3) La información será usada/revelada para el (los) siguiente(s) propósito(s):

- Obtención de información de reclamos o información de pagos para la resolución del proceso de reclamos o asuntos de pago.
- Otro: _____

(4) Personas/organizaciones **autorizadas para recibir** la información:

- Miembros de familia (debe anotar los nombres y parentesco):

Todos los representantes del grupo del plan de salud del lugar de trabajo del miembro (proporcione el nombre de la compañía de trabajo del miembro): _____

- Otro (debe anotar los nombres y su relación con el miembro):

(5) Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito de mi revocación a la dirección que aparece en la parte de abajo. Yo entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que su plan dental o sus sucursales, afiliados, socios de negocios, etc. haya(n) tomado por medio de esta autorización antes de haber recibido mi notificación por escrito de revocación. Entiendo también que sin mi autorización escrita mi plan dental no puede usar ni revelar mi información de salud por ninguna razón excepto esas descritas en la Notificación de Pólizas y Prácticas de Privacidad. A menos que sea revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha:

Esta autorización vence el _____ (Insertar la fecha aplicable. Si la Fecha de vencimiento no es proporcionada, esta autorización se considerará vencida a un año de su ejecución.)

Yo entiendo que la autorización de revelación de esta información de salud es voluntaria, y que no es una condición que afecte mi inscripción en este plan de salud, la elegibilidad para los beneficios o el pago de reclamos.

Yo entiendo que, si las personas o las organizaciones que autorizo para recibir y/o usar la información protegida de salud descrita anteriormente no son planes de salud, proveedores de cuidado de salud o proveedores de información de salud sujetos a las leyes federales de privacidad de información de salud, ellos pueden revelar esta información protegida de salud nuevamente, la cual no estará protegida por las leyes federales de privacidad de la salud.

Yo absuelvo a mi plan dental, sus compañías afiliadas, empleados, funcionarios, y socios de negocios de la responsabilidad legal por cualquier uso o revelación que el receptor haga de la información revelada por mi plan dental por medio de esta autorización.

Firma (miembro o representante personal)

Fecha

Nombre del firmante en letras de imprenta

Descripción de la autoridad que el representante posee para actuar por el miembro

Usted tiene derecho a una copia de esta autorización después de firmarla.

Cualquier revocación o cambio a esta autorización o cualquier pregunta concerniente a su legalidad debe ser dirigido(a) a:

Dental Customer Service
P. O. Box 69420
Harrisburg, PA 17106-9420

Si usted tiene preguntas, llame por favor al departamento de atención al cliente. El número telefónico está localizado al reverso de su tarjeta de identificación. Puede enviar esta forma por medio de fax al número 717-260-7036 o enviarla a la dirección mencionada anteriormente.