

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
 INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Nombre del participante: _____
 Dirección: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Número del Seguro Social: ____-____-____
 El Plan: _____

Esta autorización se proporciona de acuerdo con las Normas de Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable (las "Normas de Privacidad") emitidas bajo la ley de Health Insurance Portability and Accountability Act en 1996, en su versión modificada ("HIPAA").

Yo, _____, soy un participante en el Plan mencionado anteriormente, y por este medio autorizo el uso o divulgación de mi información de salud protegida como se describe en esta autorización.

1. Persona(s) específica /organización autorizada para proporcionar la información.

Insurance Management Services

2. Persona(s) específica /organización autorizada para recibir y utilizar la información.

3. Descripción específica de la información utilizada y/o divulgada.

Toda la información de salud protegida;

O

(por favor describa): _____

Yo, _____, por este medio entiendo lo siguiente:

4. Derecho de revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación a la entidad apropiada, por escrito. Entiendo que la revocación sólo es efectiva después de ser recibido. Entiendo que no puedo revocar esta autorización en la medida en que la acción ha sido tomada en base de esta autorización (por ejemplo, cualquier uso o divulgación realizada antes de la revocación bajo esta autorización no se verá afectada por la revocación).
5. Entiendo que una vez la información que es objeto de esta autorización es utilizada o revelada, las normas de privacidad no pueden protegerlo y el receptor pueden volver a revelarla.
6. Entiendo que no es necesaria esta autorización para las divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago y/u operaciones de cuidado de la salud, o si el uso o divulgación no está permitido por las normas de privacidad, y que cualquier revocación de esta autorización no tiene efecto alguno sobre dichos usos o divulgaciones.
7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
8. Entiendo que esta autorización se renovará automáticamente al principio de cada año calendario, a menos que sea revocada de conformidad con las disposiciones descritas en el párrafo 4.

 Fecha

 Individuo