

## ***Instrucciones para completar la***

### **Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida**

Se incluye una sección para el afiliado/jubilado, cónyuge y, si corresponde, una sección para uno o más hijos a cargo mayores de 18 años.

---

#### **Sección para afiliado/Sección para jubilado**

1. Escriba su nombre y apellido y número de Seguro Social.
2. **Si está casado** y desea otorgar a su cónyuge autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (cónyuge); o **Si no está casado o desea otorgar a otra persona que no sea su cónyuge** autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (madre, padre, amigo, etc.).
3. **Si le otorga autorización a otra persona, firme y coloque la fecha en el formulario.**

**O**

**Si no desea otorgar autorización a ninguna otra persona** para que obtenga su información médica, coloque una "X" en la casilla donde dice "No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona". **Firme y coloque la fecha debajo de la casilla.**

---

#### **Sección para el cónyuge**

1. Escriba su nombre y apellido y número de Seguro Social.
2. **Si desea otorgar a su cónyuge (afiliado/jubilado)** autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (cónyuge).  
**Si desea otorgar a otra persona que no sea su cónyuge** autorización para obtener su información médica, ingrese su nombre y apellido y el vínculo (madre, padre, amigo, etc.), **firme y coloque la fecha en el formulario.**

**O**

**Si no desea otorgar autorización a ninguna otra persona** para que obtenga su información médica, coloque una "X" en la casilla donde dice "No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona".

3. **Firme y coloque la fecha en el formulario debajo de la casilla.**
- 

#### **Sección para personas a cargo mayores de 18 años**

1. Escriba su nombre y apellido y número de Seguro Social.
2. **Si desea otorgar a sus padres** autorización para obtener su información médica, ingrese nombre y apellido y el vínculo (padre, madre).  
**Si desea otorgar a otra persona que no sean sus padres** autorización para obtener su información médica, ingrese nombre y apellido y el vínculo (madre, padre, amigo, etc.), **firme y coloque la fecha en el formulario.**

**O**

**Si no desea otorgar autorización a ninguna otra persona** para que obtenga su información médica, coloque una "X" en la casilla donde dice "No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona".

3. **Firme y coloque la fecha en el formulario debajo de la casilla.**

## Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

### SECCIÓN PARA AFILIADO/JUBILADO

Yo, (nombre y apellido en letra de imprenta y número de Seguro Social) \_\_\_\_\_ autorizo al Plan Médico y de Bienestar (en lo sucesivo, el "Plan") y sus socios comerciales a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otro tipo de información médica sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1 o 2 personas, si lo desea), en caso de que estas lo soliciten:

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización caducará una vez que se cancele mi inscripción en el Plan, a menos que yo la revoque anticipadamente. Entiendo que tengo el derecho de revocarla en cualquier momento, salvo en la medida en que ya se haya obrado conforme la misma. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo notificar mi decisión por escrito y enviarla a:

The Employee Painters' Trust Health & Welfare Fund  
18300 Cascade Ave S, Suite 141  
Tukwila, WA 98188  
P O Box 58830 • Tukwila, WA 98138  
Teléfono 206-518-9730 • Línea gratuita 844-344-2721 • [www.IUPATWesternBenefits.org](http://www.IUPATWesternBenefits.org)

Entiendo que mi información médica que se divulgue de conformidad con esta autorización podrá ser divulgada, a su vez, por las personas que he identificado anteriormente, y el Plan no puede evitar ni proteger dichas divulgaciones, además entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir mis beneficios de atención médica (inscripción, tratamiento o pago).

Firma del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

☐ No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna otra persona.

Firma del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

---

### SECCIÓN PARA EL CÓNYUGE

Yo, el cónyuge(nombre y apellido en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, (número de Seguro Social del cónyuge) \_\_\_\_\_ del afiliado mencionado anteriormente, también he leído, entiendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otro tipo de información médica relacionada sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1 a 2 personas, si lo desea) por los motivos y con las explicaciones mencionadas anteriormente, en caso de que estas lo soliciten:

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Firma de \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

☐ No deseo que mi información médica se divulgue a ninguna persona.

Firma de \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

---

### SECCIÓN PARA PERSONAS A CARGO MAYORES DE 18 AÑOS

Yo, el hijo a cargo mayor de 18 años(nombre y apellido en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, (número de Seguro Social) \_\_\_\_\_ también he leído, entiendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otro tipo de información médica relacionada sobre mi persona a las siguientes personas (seleccione 1 a 2 personas, si lo desea) por los motivos y con las explicaciones mencionadas anteriormente, excepto en caso de que estas lo soliciten:

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_

Firma de \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_

☐ No deseo que se divulgue mi información médica a ninguna otra persona.

Firma de la persona a cargo \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

NOTA: En caso de que haya más de una persona mayor de 18 años a cargo, copie, complete y firme el número correspondiente de Formularios de autorización adicionales y entréguelos en la Oficina de Beneficios.