

# Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida

## SECCIÓN DE MIEMBROS/JUBILADOS

Yo, (nombre en letra de imprenta y número de seguro social) \_\_\_\_\_ autorizo al Plan de Salud y Bienestar (el "Plan"), y a sus socios comerciales, a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información médica relacionada conmigo a las siguientes personas (seleccione 1-2 personas si lo desea), a petición de dichas personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización caducará al terminar mi inscripción en el Plan, salvo que la revoque antes. Entiendo que tengo derecho a revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que ya haya sido utilizada. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo notificar mi decisión por escrito y enviarla a:

Entiendo que la información médica que se divulgue en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por las personas que he identificado anteriormente, y que el Plan no puede evitar ni proteger dichas divulgaciones, Y entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir mis beneficios médicos (inscripción, tratamiento o pago).

**Firma del Miembro** \_\_\_\_\_ **Fecha Firmada:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que se divulgue mi Información Médica a nadie más que a mí mismo.

**Firma del Miembro** \_\_\_\_\_ **Fecha Firmada:** \_\_\_\_\_

---

## SECCIÓN DE CÓNYUGE

Yo, el/la cónyuge (Nombre, en letra de imprenta) \_\_\_\_\_, (Núm. de Seguro Social del cónyuge) \_\_\_\_\_ del miembro anteriormente mencionado, también he leído, entiendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra información médica relacionada sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1-2 personas si lo desea) por las razones y con las explicaciones indicadas anteriormente, a solicitud de dichas personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Firma del Cónyuge** \_\_\_\_\_ **Fecha Firmada:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que se divulgue mi Información Médica a nadie más que a mí mismo.

**Firma del cónyuge** \_\_\_\_\_ **Fecha firmada:** \_\_\_\_\_

---

## SECCIÓN DE DEPENDIENTES MAYORES DE 18 AÑOS

Yo, el/los hijos(s) dependiente(s) mayor(es) de 18 años (Nombre, Letra de Imprenta), \_\_\_\_\_ (Núm. de Seguro Social) \_\_\_\_\_ también he leído, comprendo y autorizo al Plan a divulgar reclamaciones, pagos, elegibilidad y otra Información Médica relacionada sobre mí a las siguientes personas (seleccione 1 o 2 personas si lo desea) por los motivos y con las explicaciones mencionadas anteriormente, excepto a solicitud de dichas personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Firma del Dependiente** \_\_\_\_\_ **Fecha Firmada:** \_\_\_\_\_

O-  No quiero que se divulgue mi información médica a nadie más que a mí mismo.

**Firma del Dependiente** \_\_\_\_\_ **Fecha Firmada:** \_\_\_\_\_

NOTA: Si hay más de un dependiente mayor de 18 años, copie, complete y firme el número adecuado de formularios de autorización adicionales y devuélvalos a la Oficina del Fondo.