

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Yo, el abajo firmante persona, autorizar la divulgación de mi información de salud protegida tal como se definen en la intimidad las normas promulgadas en virtud de la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996, sin incluir las notas de la psicoterapia de mi, dar mi información médica (Información) y la incluye se extiende a la forma verbal o escrita, tal como se explica como se indica a continuación:

**1. Las clases de personas autorizado a divulgar mi información protegida de salud:** Yo autorizo a cada médico, hospital, laboratorio, enfermera, médico, farmacia, dispensario médico o grupo de práctica y cualquier otro tipo de proveedor de servicios de salud (cada uno, un "Autorizado HCP") tener información acerca de mí a revelar todas y cada una de la información proporcionada en virtud de esta autorización. Reconozco que toda mi información en posesión de cualquier autorizado PCH es necesario para los fines para los que esta autorización se da como se describe a continuación. Autorizo cada Autorizado HCP a confiar en un fotostáticas, fax o copia electrónica o de otra reproducción de esta autorización.

**2. Personas Autorizadas para recibir mi información protegida de salud:** Yo autorizo a cada HCP autorizado a revelar mi información en virtud de esta autorización a ProActiveCM, ninguna de sus filiales y cualquiera de sus funcionarios, empleados, agentes, contratistas independientes, representantes sindicales autorizados, los proveedores de servicios o de otros representantes (cada uno, un "destinatario autorizado" o Administrador de reclamaciones).

**3. Descripción de la Información Protegida de Salud autorizado para la divulgación y Propósito de la Revelación:** Autorizo el uso de administradores de las reivindicaciones y dar a todas y cada una de mis médicos y de salud para evaluar la información sólo analizar, gestionar y / o administrar mi reclamación por discapacidad (tanto profesionales y no profesionales). **Esta autorización no se aplicará a las notas de psicoterapia.** Asimismo, permitirá al Administrador de reclamaciones a dar mi información a cualquier otra persona o entidad si es necesario para saber si soy elegible para los beneficios, para gestionar mi reclamación, o para ejecutar el Programa de las reivindicaciones.

**4. Caducidad de la Autorización:** La presente autorización será válida hasta, y expirará en la fecha que es de un (1) año después de la fecha en que la reclamación ha sido rechazada, se establecieron, o pagadas en su totalidad, según el caso, o si la ley requiere un período más corto.

**5. Derecho a revocar la autorización:** Yo reconozco y entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si cambio mi cuenta antes de ese momento, **NO** puedo decirle a mi HCP autorizado por escrito o por entrega personal que no quiero que compartan más información. Si les digo por escrito al intercambio de información, no cambiará ninguna acción antes de que se les dijo.

**6. Consecuencias de la no presentación de autorización:** Yo entiendo y reconozco que, al no firmar este formulario, no afectará la manera en que mi proveedores de servicios de salud (SCPH) tratará de mí. Mi Altas Partes no podrán negarse a proporcionar tratamiento o servicios de salud para mí. Sin embargo, si yo no firme, mi reclamación Gerentes pueden no ser capaces de revisar mi solicitud y no puede saber si soy elegible para los beneficios. Esto puede resultar en la denegación de mi solicitud de beneficios.

**7. Redisclosure de información:** Tengo entendido que una vez que mi información es dada a cabo según lo permitido en esta forma, las leyes federales HIPAA no puede protegerlo.

### CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD RECLAMANTE

Certifico que soy de ejecución y entrega de esta autorización de manera unilateral y libremente a partir de la fecha escrita a continuación y que toda la información contenida en esta autorización es verdadera y correcta. Además, certifica a cada HCP autorizado que esta autorización está escrito en lenguaje claro, entiendo los términos y las consecuencias de esta autorización. Sé que puedo ver u obtener una copia de este formulario o cualquier información proporcionada a la Gerente de la reclamación en cualquier momento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del reclamante \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre del Reclamante \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ O del Representante legal Firma \_\_\_\_\_

Imprimir jurídico o del Representante \_\_\_\_\_

Nombre Parentesco, Autoridad, o de otra situación similar \_\_\_\_\_