

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

El Acta de Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros Médicos (conocida como, The Health Insurance Portability and Accountability Act) requiere que Delta Health Systems tenga permiso para divulgar información médica protegida en ciertos casos.

Toda página del formulario tiene que ser llenada a fondo antes que Delta Health Systems pueda honrar la autorización. Después de llenar el formulario, envíelo a:

Delta Health Systems | P.O. Box 80 | Stockton, CA 95201

También puede enviar el formulario por fax a: **(209) 939-3930**

-
1. Provea una descripción específica de la información médica protegida que será divulgada:
 2. Indique la(s) razón(es) que la información médica protegida será divulgada, o escriba 'a solicitud del individuo':
 3. Indique quién el individuo es que solicita que la información médica protegida sea divulgada (marque una):
 - El Participante del Plan
 - El Representante personal del participante del plan. Ejemplos: padre o guardián legal de un niño menor.

4. Provea los usos y/o límites específicos sobre la información que será divulgada:

5. Enumere el/los individuo(s) o la compañía que tiene(n) permiso para recibir la información médica protegida:

Sus padres. Nombre(s): _____

Su cónyuge o pareja de hecho. Nombre(s): _____

Otro – por favor indique abajo.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección de Correo: _____

6. Provea los usos y/o límites específicos para el uso de la información sobre el recipiente:

7. Indique la fecha de vencimiento que le gustaría aplicar a esta autorización. Si no desea indicar una fecha de expiración, escriba 'ninguna': _____

Usted tiene el derecho de rehusar a firmar este formulario. Si rehúsa firmar este formulario, su información no será divulgada según sea indicado en este formulario. Su rechazo de firmar este formulario no afectará sus tratamientos, pagos, matriculación, ni elegibilidad para beneficios bajo nuestro Plan.

Usted tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización tras solicitud.

Si firma el formulario, usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Tendrá que efectuar esto por escrito con Delta Health Systems a la dirección en la primera página. Su solicitud tendrá efecto en vigor de la fecha que lo recibimos. Información médica protegida divulgada en cumplimiento con esta autorización puede ser sujeta a ser divulgada de nuevo. Si revoca la autorización más tarde, no podremos parar ninguna divulgación que pueden haberse llevado a cabo.

Usted acusa que hay un potencial para la divulgación de información en cumplimiento con esta autorización que será sujeto a divulgaciones adicionales por el recipiente y que ya no será protegida por 45 CFR Parte 164.

Declaro bajo pena de perjurio que la información en este formulario es verdadera y correcta.

Nombre (letra de molde) y participante del plan

de Identificación Médica

Firma del Participante / Rep Personal

Fecha

Número Telefónico

Nota: Si hace decisiones como representante personal del participante del plan, por favor especifique su relación al participante:

Puede ser requerido a demostrarnos prueba de su permiso legal de tomar acciones en nombre del participante.

Toda intención de falsamente acceder información médica protegida se sujeta a penalidades legales.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor comuníquese con Delta Health Systems al número gratis indicado en su tarjeta de identificación.