

Autorización para usar y divulgar información protegida de salud.

(Por favor, lea and complete)

Información del Afiliado (Individuo cuya información será revelada)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Nombre en letra de molde) Mes / Día/ Año
Dirección Postal: _____
Ciudad: _____ Estado: PR Código Postal: _____
Teléfono: () _____-_____ Número de teléfono celular: () _____-_____
Número de Identificación de Afiliado: _____

Por la presente, autorizo a MMM Multi Health a divulgar mi información protegida de salud a la siguiente persona o entidad (o clases de personas o entidades):

(Nombre en letra de molde)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: () _____-_____
Mes/ Día/ Año

Dirección Postal: _____
Ciudad: _____ Estado: PR Código Postal: _____

Relación que guarda con el (la) afiliado (a):
___Hijo(a) ___Padre ___Madre ___Esposo(a) ___Familiar ___Otro: _____

Número de Identificación Personal: _____ Correo Electrónico: _____

(Nombre en letra de molde)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono: () _____-_____
Mes/ Día/ Año

Dirección Postal: _____
Ciudad: _____ Estado: PR Código Postal: _____

Relación que guarda con el (la) afiliado (a):
___Hijo(a) ___Padre ___Madre ___Esposo(a) ___Familiar ___Otro: _____

Número de Identificación Personal: _____ Correo Electrónico: _____

1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser realizada o divulgada consiste en cualquiera de los siguientes:
 - A. Reclamaciones
 - B. Elegibilidad
 - C. Información sobre determinaciones organizacionales, como por ejemplo, estatus (Pendiente, Aprobado o Denegado)
 - D. Otros (favor de especificar qué información desea que se divulgue):
_____.
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):
 A solicitud del Afiliado
 Procedimiento Legal
 Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y solicitud de duplicado de la identificación del afiliado.
 Otro: _____.
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación monetaria por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar a firmarla. Negarme a firmar este documento no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM Multi Health a la dirección postal PO Box 72010 San Juan PR 00936-7710.
8. Entiendo que tengo derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM Multi Health.

*** Es requerido indicar la fecha de vencimiento de este documento. De no indicar una fecha de vencimiento valida y/o no completar el campo indicado (en blanco), este documento no tendrá efecto.**

***Esta autorización vence el:** ____/____/____
(Mes / Día / Año)

Nombre del Afiliado o Representante Legal
(En letra de molde)

Fecha

Firma del Afiliado o Representante Legal

Fecha

Firma de Testigo

Fecha

(Si el afiliado firma con una "X", se requiere la firma de un testigo)

***Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer evidencia de representación legal como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Legal, Tutoría Legal).**

MMM Multi Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla español o cualquier otro idioma, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-336-3331 (TTY: 787-999-4411). MMM Multi Health 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障 或性別而歧視任何人。注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務請致電 1-844-336-3331 (TTY: 787-999-4411).