
Autorización individual para la divulgación de información de salud protegida

Nombre de la persona inscrita: _____
(Persona cuya información será utilizada o divulgada)

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono (de día): _____

Nombre de la suscriptor primario: _____

Número de seguro social (o # de identificación) del suscriptor primario: _____

Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información de salud individualmente identificable como se describe a continuación.

Personas/organizaciones autorizadas a divulgar mi información: _____

Personas/organizaciones autorizadas a recibir mi información:

Nombre: _____

Address: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Descripción específica de mi información que se utilizará o divulgará (incluidas las fechas): _____

Propósito específico de la liberación: _____

Fecha de vencimiento de esta Autorización: _____
(Indicar una fecha específica o un evento relacionado con usted personalmente.)

He leído y comprendido las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Esta Autorización es voluntaria. Puedo negarme a firmarla.
- Puedo ver y copiar la información escrita en este formulario si lo solicito.
- No estoy obligado a firmar este formulario para recibir mis beneficios de atención médica (inscripción, tratamiento o pago).
- Entiendo que las personas/organizaciones mencionadas anteriormente, autorizadas para recibir la información, podrían no estar sujetas a las leyes de privacidad y podrían compartir mi información en el futuro. Tengo derecho a obtener garantías de que no divulgarán la información a terceros sin mi autorización adicional.
- Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento antes de su fecha de vencimiento notificando por escrito a la organización que la proporcionó. Sin embargo, la cancelación no afectará la divulgación de mi información que pueda ocurrir antes de que la cancele. Para cancelar esta Autorización, envíe una declaración por escrito a Delta Dental of New Mexico, Gerente de Operaciones, 100 Sun Blvd NE Suite 100, Albuquerque, NM 87109, e indique que cancela esta Autorización.

Firma de la persona o de su representante

Nombre impreso del representante personal _____ Fecha _____

Nombre impreso del representante personal: _____

Parentesco con la persona, descripción y documentación (adjuntar) de autoridad para actuar como representante: _____

Cuando usar esta forma

Debe completar este formulario si desea que Delta Dental of New Mexico proporcione información de salud individualmente identificable sobre usted a otra persona (por ejemplo: un agente de seguros, un empleador o un miembro de la familia).

Los padres or a tutor legal pueden firmar en nombre de un menor.

Este formulario de Autorización para la Divulgación de Información debe ser completado y firmado por:

- La persona cuya información será divulgada; o
- El padre, madre o tutor legal de un menor cuya información será divulgada; o
- El representante legal de la persona cuya información será divulgada (por ejemplo: apoderado, curador, tutor legal, albacea).

Como completar esta forma

Para completar este formulario:

- Indique el nombre, la dirección, el número de teléfono y la fecha de nacimiento de la persona cuya información se divulgará;
- Indique el nombre y el número de seguro social (o número de identificación) del titular principal (empleado cubierto por el grupo);
- Indique el nombre y la dirección de la persona u organización que recibirá la información;
- Describa la información específica que se divulgará (por ejemplo: una reclamación específica o una serie de reclamaciones relacionadas con un tratamiento);
- Indique una fecha de vencimiento o un evento;
- Añada firma y fecha en el formulario; y
- Si usted no es la persona cuya información se divulgará, indique su parentesco con dicha persona y proporcione la documentación que acredite que actúa como su representante.

Envíe este formulario por correo postal o fax a:

Delta Dental of New Mexico
Attn: Operations Manager
100 Sun Avenue NE, Suite 400,
Albuquerque, NM 87109
Fax: (505) 883-7444

Cómo cancelar esta autorización:

Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a Delta Dental de Nuevo México a la dirección que figura arriba.