

Solicitud y Autorización de Divulgación de Información de Salud

POR FAVOR, ESCRIBA A MÁQUINA o CON LETRA DE IMPRENTA

VIGENTE A PARTIR DE _____

Esta es una autorización mediante la cual se solicita a _____
[Nombre del Plan de Seguro Médico o la organización que entregará su información] que entregue información individual de salud conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) o a las leyes estatales que protegen la privacidad de la información sobre salud. Autorizo, por este conducto, el uso y divulgación de la información sobre salud individualmente identificable que se describe a continuación

- (1) La solicitud de entrega de información se hace **para** el afiliado al plan dental que se nombra a continuación.

_____	_____	____/____/____
Número de Identificación	Nombre del Afiliado	Fecha de Nacimiento
_____	_____	(____)____-____
Dirección postal		Número Telefónico

- (2) Descripción específica de la información que puede usarse o entregarse:

Información sobre Reclamaciones Información sobre Pagos
 Otra Información (deberá proporcionar una descripción específica): _____

- (3) La información será usada/entregada para el (los) siguiente(s) propósito(s):

Obtención de Información sobre Reclamaciones o Información sobre Pagos para la Resolución de una Reclamación o Cuestiones de Procesamiento o Pago
 Otros: _____

- (4) Personas/organizaciones **autorizadas para recibir** la información:

Integrantes de la Familia (debe listar los nombres y el parentesco): _____

Todos los Representantes del Plan de Seguro Médico Colectivo del lugar de empleo del afiliado (proporcione el nombre del empleador del afiliado): _____

Otros (debe listar los nombres y el parentesco con el afiliado): _____

- (5) Estoy consciente de que puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación de mi revocación por escrito al domicilio que aparece a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que su plan dental o sus subsidarios, afiliados, asociados de negocios, etc. hayan iniciado, con base en dicha autorización, antes de recibir mi notificación de revocación por escrito. Entiendo, asimismo, que sin mi autorización por escrito, mi plan dental no puede usar ni divulgar mi información de salud por ningún motivo, salvo los que se describen en la Declaración de Normas y Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Policies and Practices). A menos que sea revocada, la presente autorización vencerá en la siguiente fecha.

Esta autorización vence el ____/____/_____. [Escriba la fecha correspondiente. Si no se establece una fecha de vencimiento, se considerará que esta autorización vencerá un año después de la fecha de ejecución.]

Estoy consciente de que la autorización de la divulgación de esta información sobre salud es voluntaria, y que no es una condición de afiliación en la elegibilidad de este plan de seguro de salud para recibir beneficios o el pago de reclamaciones.

Estoy consciente de que, si las personas u organizaciones que autorizo a recibir o usar la información de salud protegida antes descrita no son planes de seguro de salud, proveedores de atención de salud cubiertos o centros de intercambio de información sobre atención de salud sujetos a las leyes federales de privacidad de la información de salud, aquéllas pueden divulgar aún más la información protegida y ésta puede quedar desprotegida por las leyes federales de privacidad de la información de salud.

Libero a mi plan dental, a sus compañías afiliadas, empleados, funcionarios y asociados de negocios, de toda responsabilidad legal por cualquier uso o divulgación que haga el receptor de la información que mi plan dental entregó en base a la presente autorización.

Firma (afiliado o su representante legal)

Fecha

Nombre con letra de imprenta de la persona que firma arriba
(o del representante legal del afiliado)

Descripción del poder del representante legal para actuar en nombre del afiliado

Usted tiene derecho a una copia de esta autorización después de firmarla. Toda revocación o cambio en esta autorización, o cualquier duda sobre sus efectos legales, deberá dirigirse a:

Dental Customer Service
P.O. Box 69420
Harrisburg, PA 17106-9420

Si tiene alguna duda, llame al Servicio Dental al Cliente, marcando el número telefónico que aparece al reverso de su credencial de identificación. Puede enviar por fax este formulario al 1-866-335-3969, o enviarlo por correo a la dirección que se indica más arriba.

La discriminación es contra la ley

El Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, ni las excluye o las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, edad, religión, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no rechazará ni limitará la cobertura a ningún servicio de salud con base en el hecho que el sexo de una persona asignado en el momento del nacimiento, la identidad de género o el género registrado es diferente para el que dicho servicio de salud está disponible normalmente. El Plan no rechazará ni limitará la cobertura para un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da lugar a una discriminación contra una persona transgénero.

El Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas,
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados,
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, llame al 1-800-332-0366 (TTY: 711) para solicitar ayuda o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles en: P.O. Box 22492, Pittsburgh PA 15222, teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmark.com.

Si usted considera que el Plan no le ha proporcionado estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera con base de raza, color, nacionalidad, origen, edad, religión, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado, usted puede presentar una queja al Plan. Los formularios para quejas y una descripción del procedimiento para presentarlas están disponibles directamente en United Concordia y puede obtenerlos llamando al Servicio al Cliente al 1-866-357-3304. También puede obtenerlos en la sección Forms (Formularios) del sitio web de United Concordia en www.unitedconcordia.com y en cada una de las instalaciones de los proveedores contratados. Los formularios serán proporcionados de manera oportuna bajo solicitud. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame a Servicio al Cliente al 1-866-357-3304.

“El Departamento del Mantenimiento y Cuidado de la Salud del Estado de California es responsable por la regulación del plan de servicios del cuidado de la salud. Si usted tiene un agravio contra su plan de salud, usted debe primeramente contactar su plan de salud (**1-866-357-3304**) y antes de contactar el departamento siga el procedimiento de agravios de su plan de salud. Al utilizar este procedimiento no se prohíbe ningún derecho legal posible, o remedio que le sean disponibles. Si necesita asistencia con un agravio referente a una emergencia, un agravio que no ha sido resuelto satisfactoriamente por su plan de seguro o si un agravio no ha sido resuelto por más de 30 días, entonces usted sí podría comunicarse con el departamento para que lo asistan. Usted también podría ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR son las siglas en inglés). Si usted es elegible para un procedimiento de IMR nosotros proveeremos una revisión imparcial de la decisión médica realizada por un plan de salud relacionado a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura por tratamientos de una naturaleza experimental o de investigación, y por desacuerdos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también cuenta con un número de teléfono sin costo (**1-888-HMO-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con impedimentos auditivos o del habla. El sitio de la página de Internet del departamento es la siguiente: <http://www.hmohelp.ca.gov> la cual tiene las formas de agravio, de IMR, y las instrucciones también están en las misma página.”

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles por vía electrónico con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, en inglés), Oficina para los Derechos Civiles a través del Portal para quejas de la Oficina para los Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

La discriminación es contra la ley

El Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, ni las excluye o las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, origen, edad, religión, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no rechazará ni limitará la cobertura a ningún servicio de salud con base en el hecho que el sexo de una persona asignado en el momento del nacimiento, la identidad de género o el género registrado es diferente para el que dicho servicio de salud está disponible normalmente. El Plan no rechazará ni limitará la cobertura para un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da lugar a una discriminación contra una persona transgénero.

El Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas,
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados,
 - Información escrita en otros idiomas.

Si usted necesita estos servicios, llame al 1-800-332-0366 (TTY: 711) para solicitar ayuda o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si usted considera que el Plan no le ha proporcionado estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera con base de raza, color, nacionalidad, origen, edad, religión, discapacidad, estado civil, género, sexo asignado al nacer, orientación sexual, estereotipos sexuales, identidad de género o género registrado, usted puede presentar una queja con: Coordinador de Derechos Civiles, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmark.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle. Usted también puede presentar una queja por vía electrónica con el Departamento de Seguros de California (California Department of Insurance, en inglés) a través del Centro de Quejas del Consumidor, disponible en <http://www.insurance.ca.gov/01-consumers/101-help/index.cfm>, o por correo postal o por teléfono en: Departamento de Seguros de California, División de Servicios para el Consumidor, 300 S. Spring Street, Los Angeles, CA 90013, 1-800-927-4357.

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles por vía electrónico con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, en inglés), Oficina para los Derechos Civiles a través del Portal para quejas de la Oficina para los Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>