

*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 sobre salud individual 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 menciona a continuación.

\_\_\_\_\_  
Número de Identificación

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Nombre del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Dirección Postal

(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 (o los) siguiente(s) propósito(s):

Obtención de Información sobre Reclamaciones o Información sobre Pagos para la Resolución de Procesamiento de Reclamaciones o Asuntos de 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): \_\_\_\_\_

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 por escrito una notificación de mi revocación a la dirección que aparece a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que su plan dental o sus subsidiarios, afiliados, asociados de negocios, etc. hayan iniciado, en base a dicha autorización, antes de recibir por escrito mi notificación de revocación. 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, evento o circunstancia.

***Esta autorización vence el [o a partir del] \_\_\_\_\_.***  
***[Inserte la fecha, evento o circunstancia del caso. 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 de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género. El Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo asignado en el momento del nacimiento, 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, identidad de género o 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 gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles.

Si usted considera que el Plan no le ha provisto estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera basado en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género, usted puede presentar una queja a: 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](mailto: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 puede presentar una queja por los derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por medio del Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o teléfono en:

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>.