

Por favor escriba en letra de imprenta la siguiente información, complete el formulario de acuerdo con las instrucciones que se detallan debajo y devuelva el formulario completo por correo o por fax a la dirección / número de fax que se especifica el final del formulario.

Autorización Para Divulgar Información

* * * * * **POR FAVOR LEA EL REVERSO PARA LAS INSTRUCCIONES** * * * * *

SECCIÓN #1- Información del Miembro Participante:

Nombre	Apellido	Número de Identificación / número de Seguro Social	Número de control / Para uso de la Oficina Solamente
--------	----------	---	---

SECCIÓN #2- Paciente o Representante Legal:

I, _____ (*nombre*) _____ (*apellido*), por la presente otorgo permiso a Alicare, Inc. (un afiliado de Amalgamated Life Insurance), o cualquiera de sus otros afiliados o representantes y su personal que prestan servicios en relación con mis reclamos respecto de los beneficios del plan de salud, para divulgar mi información protegida de salud (PHI) al siguiente grupo de personas:

SECCIÓN #3- Persona(s) Autorizadas para recibir mi información (por favor marque TODOS los casilleros que correspondan):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ESPOSO(A) _____
Nombre | <input type="checkbox"/> OTROS _____
Nombre Y Relación |
| <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR (1) _____
Nombre | <input type="checkbox"/> HIJO MAYOR (2) _____
Nombre |
| <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE DEL SINDICATO | <input type="checkbox"/> EMPLEADOR |

NOTA: Por favor informe a su representante(s) que se les pedirá que verifiquen su identidad cuando se pongan en contacto con nuestra oficina en su nombre.

SECCIÓN #4- Información a revelar (por favor marque TODOS los casilleros que correspondan):

Yo autorizo al Plan a revelar la información protegida de salud a las personas identificadas en la Sección 3 de este formulario en relación con (marque TODOS los casilleros que correspondan):

- Hospital / Reclamos Médicos
 Reclamos de Recetas
 Reclamos Ópticos & Reclamos Dentales
 Reclamos de Salud Mental
 Reclamos específicos por los beneficios salud, (*describa el hecho y / o los reclamos involucrados y la fecha de la prestación del servicio*):

SECCIÓN #5- Propósito de la Revelación

Yo entiendo que este formulario autoriza a la(s) persona(s) autorizadas en la SECCIÓN #3 para obtener SÓLO información respecto de **reclamos de pagos** a menos que yo elija marcar el casillero que se encuentra debajo el cual les autorizará para que ellos obtengan toda mi información.

A pedido de la persona

OTRO: _____

SECCIÓN #6- Duración de Autorización:

Esta autorización permanecerá vigente por dos años a menos que uno de los hechos siguientes ocurre primero: 1) yo escribo una carta pidiendo se termine la autorización; o 2) una fecha o un acontecimiento que elegí viene primero _____ (**opcional**)

SECCIÓN #7- Declaración de Entendimiento:

Yo entiendo que: 1) yo puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento presentando una cancelación de esta autorización al Plan; 2) si yo completo más de uno de estos formularios cada uno será cumplido hasta que yo revoque uno o más de estos formularios; 3) la revocación no será efectiva en forma retroactiva respecto de los intercambios de información que ya han ocurrido; 4) puede ocurrir que se revele mi información protegida de salud (PHI) por alguna de las personas que han sido autorizadas por mí para recibir esta información; 5) cualquier otra revelación por este representante autorizado no está cubierta por las pautas del HIPAA; 6) yo tengo el derecho a negarme a firmar este formulario de autorización; 7) bajo ningún concepto pueden condicionar el tratamiento, pago, matriculación y elegibilidad para los beneficios para obtener una autorización.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Firma del padre/ madre, tutor, curador u otro representante legal

Fecha

AVISO PAR A EL RECEPTOR DE INFORMACIÓN

El nombramiento de un "representante autorizado" es de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996 la cual rige los estándares de privacidad y seguridad asociados con el manejo y / o transmisión de su información protegida de salud (PHI). Este proceso está diseñado para asegurar que las personas que actúan en su nombre tengan acceso a todos los registros a los fines permitidos por usted.

ACERCA DE ESTE FORMULARIO...

Bajo la Ley de Portabilidad y de Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, se requiere autorización para permitir que Amalgamated Life Insurance y cualquiera de sus afiliados pueda revelar la información protegida de salud (PHI) sobre usted a otro miembro de su familia o a un tercero que se ponga en contacto en su nombre. Por ejemplo, si su cónyuge llama respecto de sus reclamos, usted debe completar un formulario que autorice se le revele información al mismo.

PHI es la información que fue creada, recibida, transmitida o guardada por el Plan que se relaciona con su salud física o mental presente, pasada, o futura, el cuidado de la salud o el pago del cuidado de salud y ya sea lo identifica o proporciona una base razonable para su identificación. Con excepción de lo permitido por ley, el Plan no puede utilizar o revelar información protegida a personas distintas de aquellas personas especificadas en su formulario de autorización firmado. Si usted quiere que personas diferentes tengan acceso a información diferente, usted debe completar formularios separados.

Cada adulto cubierto (incluso los niños MAYORES de 18 años de edad) debe completar un formulario para que se pueda divulgar información PHI a alguien distinto de la parte que incurre en el reclamo. Generalmente se puede divulgar información a un padre sin una autorización respecto de sus niños menores a menos que el tratamiento obtenido por el menor se haya realizado sin necesidad de consentimiento previo.

INSTRUCCIONES...

Por favor complete este formulario de la siguiente manera:

SECCIÓN #1: Complete el nombre del miembro /participante y número de identificación / número de seguro social.

SECCIÓN #2: Complete su nombre como el "paciente" o "el representante legal."

SECCIÓN #3: Marque TODAS las personas y grupos de personas a quienes usted permitirá la revelación de su PHI.

NOTA: Un "REPRESENTANTE DEL SINDICATO" puede incluir a un Representante Comercial, Secretaria de Seguros, Delegado de Taller, o cualquier Funcionario del Sindicato. Un "EMPLEADOR" se define como el Representante de Recursos Humanos y/o el Principal / Dueño del Negocio.

SECCIÓN #4: Por favor haga su selección con respecto al tipo de revelación permitida.

SECCIÓN #5: Por favor especifique el propósito del uso o revelación. Este formulario de autorización permite a las personas autorizadas por usted identificadas en la Sección #3 para obtener SOLAMENTE información respecto del pago de reclamos a menos que usted haya marcado el casillero "a pedido de la persona" y por la presente otorgue el acceso a toda su información. Usted también puede agregar cualquier otro propósito completando la línea marcada "otro."

SECCIÓN #6: Por favor especifique una fecha o evento para la expiración del permiso de autorización.

SECCIÓN #7: Por favor lea esta sección cuidadosamente. Asegúrese de firmar y poner la fecha al final del formulario. Una vez completado, haga una copia para sus archivos. Por favor envíe este formulario por correo a la dirección indicada al comienzo de esta página. Por favor use el número del teléfono en su tarjeta de identificación para ponerse en contacto con nosotros por alguna pregunta respecto de este formulario.

CAMBIOS O MODIFICACIONES...

Usted puede cambiar una autorización en cualquier momento completando un nuevo formulario y mandándolo por correo a la dirección indicada anteriormente. Si usted no hace ningún cambio, esta autorización permanecerá vigente según se especifica en la Sección #6.

INFORMACIÓN DE CONTACTO...

Complete la siguiente información para que nosotros podamos contactarlo si tenemos alguna pregunta respecto de este formulario:

Apellido:	Nombre:	
Dirección:		APT# :
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	

Alicare, Inc.
HIPAA Program Compliance Department
PO BOX 1441
New York, NY 10116-1441
Fax: 212-780-4147