



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

### Sección de Miembros/Jubilados

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo al Plan de Salud y Bienestar (el "Plan"), y a sus socios comerciales, a divulgar reclamos, pagos, elegibilidad y otra información de salud relacionada, incluyendo la salud mental sobre mí, a las siguientes personas (seleccione 1-2 personas si lo desea), a petición de dichas personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Entiendo que esta autorización expirará al terminar mi inscripción en el Plan, a menos que la revoque antes. Entiendo que tengo derecho a revocarla en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya invocado. Entiendo que si decido revocar esta autorización, debo notificar mi decisión por escrito y enviarla a:

Persona de contacto de HIPAA  
MCASF Local Union 725 Health & Welfare Trust Fund  
c/o Benefit Services  
15800 Pines Blvd., Suite 201, Pembroke Pines, FL 33027

Entiendo que mi información de salud que se divulga de conformidad con esta autorización puede ser revelada por las personas que he identificado anteriormente, y el Plan no puede prevenir o proteger tales divulgaciones, Y entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario para recibir mis beneficios de atención médica (inscripción, tratamiento o pago).

**Firma del Miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que mi Información de Salud, incluyendo la salud mental, se libere a nadie más que a mí mismo.

**Firma del Miembro:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Firma:** \_\_\_\_\_

### Sección de Cónyuges

Yo, el cónyuge (Nombre, por favor imprima) \_\_\_\_\_, Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_ también han leído, entendido y autorizado al Plan a divulgar reclamos, pagos, elegibilidad y otra información de salud relacionada, incluida cualquier información de salud mental sobre mí, a las siguientes personas (seleccione 1-2 personas si lo desea) por las razones y con las explicaciones enumeradas anteriormente, a petición de dichas personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Firma del cónyuge:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que mi Información de Salud, incluyendo la salud mental, se libere a nadie más que a mí mismo.

**Firma del cónyuge:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_



15800 Pines Blvd, Suite 201, Pembroke Pines, FL 33027  
info@725benefits.org | 754.777.7735

Sección de Dependientes mayores de 18 años

Yo, el(los) hijo(s) dependiente(s) mayor(es) de 18 años (Nombre, por favor imprima) \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Firma de dependiente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que mi Información de Salud, incluyedo la salud mental, se libere a nadie más que a mí mismo.

**Firma de dependiente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

Yo, el(los) hijo(s) dependiente(s) mayor(es) de 18 años (Nombre, por favor imprima) \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Firma de dependiente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

-O-  No quiero que mi Información de Salud, incluyedo la salud mental, se libere a nadie más que a mí mismo.

**Firma de dependiente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de firma:** \_\_\_\_\_

NOTA: Si hay más dependientes mayores de 18 años, por favor copie, complete y firme el número apropiado de Formularios de Autorización adicionales y regrese a la Oficina de Beneficios.