

Instrucciones para completar el formulario de autorización

Cómo autorizar al UNITE HERE HEALTH a dar a conocer Información Protegida de Salud individual a una persona u organización

IMPORTANTE: debe completar todas las secciones numeradas del formulario. Si no lo hace, le devolverán el formulario para que lo complete. Si alguno de los datos que usted proporciona no coincide con los registros del UNITE HERE HEALTH, le podrán devolver la Autorización para que proporcione más información.

1. Información del Participante: *el Participante es el empleado (la persona asegurada)*

Escriba con letras de molde el número del seguro social del Participante o número de identificación del Fondo, el nombre, fecha de nacimiento, domicilio y número telefónico. Los datos que figuran en la Autorización se compararán con la información registrada en la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Participante.

2. Información del Paciente: *el Paciente es la persona que está dando su autorización para que se divulgue información sobre su salud.*

Escriba en letras de molde el nombre del Paciente, la fecha de nacimiento, el domicilio, número telefónico y su relación con el Participante. Si el Participante es el Paciente, usted puede marcar el casillero que está al lado de "El Paciente es el Participante" y no completar el resto de los datos incluidos en la Sección 2. La información que figura en el formulario de Autorización será comparada con los datos registrados en la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Paciente.

3. Persona u organización que recibe la información

Escriba en letras de molde el nombre de la persona u organización a la que usted (el paciente) autoriza a compartir su información de salud.

4. Información a ser divulgada

Marque los casilleros que se corresponden con el tipo de información que autoriza a divulgar. Puede marcar más de un casillero. Si usted autoriza la divulgación de "cualquier y toda" información, marque el casillero "Cualquier y toda información". Marque "otra" si quiere ser más específico sobre la información a ser divulgada, por ejemplo:

- Información sobre el tratamiento con el Dr. Smith del 1 de mayo de 2002 al 5 de mayo de 2010;
- Los pagos de todos los reclamos de servicios de salud del 31 de marzo de 2009 hasta el 15 de abril 2010; o
- Las razones para el rechazo de los beneficios por los servicios prestados el 24 de junio de 2010 en la clínica XYZ.

5. Propósito del uso/divulgación

Usted puede tildar el casillero "a mi pedido" o puede especificar la razón por la que quiere que el Fondo revele la información a la persona u organización que usted indica.

6. Vencimiento de la autorización

Usted debe proporcionar una fecha de vencimiento que indica hasta cuándo es válida la autorización. Si no incluye una fecha, esta Autorización vencerá cuando se cumpla un año de la fecha de la firma de la misma por el Paciente (o tutor legal).

7. Firma y fecha

El Paciente (la persona incluida en la sección N° 2) debe **firmar y fechar** el formulario para que éste tenga validez. Si el paciente es menor de edad, el formulario deberá estar firmado por el padre que tiene la custodia o el tutor legal. Si el formulario tiene la firma del tutor u otro representante legal, el nombre de esta persona y la relación que tiene con el Paciente deben figurar en la segunda línea. El Fondo puede solicitar prueba de custodia o tutela legal.