

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA

Propósito: Este formato se usa para que una persona autorice a TRIPLE-S SALUD a divulgar su información de salud protegida. Puede ser usada por beneficiarios del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

SECCIÓN A: Persona asegurada por el plan de salud que autoriza el uso y divulgación.

Persona que autoriza el uso y divulgación: Se refiere al asegurado cubierto bajo el plan médico de Triple-S Salud y/o Medicare Óptimo.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Número de Contrato: _____ Número Seguro Social: _____

A LA PERSONA: Favor de Leer.

Sin Condiciones: Esta autorización es voluntaria. Nosotros no condicionaremos su inscripción en un plan de salud o su elegibilidad para beneficios al recibo de esta autorización.

Efecto de Conceder esta Autorización: La información de salud protegida que se describe más adelante puede ser divulgada a y/o recibida por personas o entidades que no están sujetas a las leyes sobre privacidad de información de salud, por lo que su información podría perder la protección que brindan estas leyes.

SECCIÓN B: El uso y/o divulgación que se autoriza.

Propósito de esta Autorización:

- A petición de la persona (o de su representante personal).
- Acceso de Información al Padre/Madre no Custodio¹.

Nombre del Menor: _____

- Caso Legal
- Querella
- Otro _____

¹ En caso de menores que están bajo el contrato de cualquiera de los padres, la persona que autoriza será el asegurado principal o padre/madre custodio.

Entidades Autorizadas a Recibir Información: Indique los nombres e información demográfica de las personas o entidades que designe el asegurado a ser autorizadas a recibir la información de salud protegida. NOTA: Es importante que indique la fecha de efectividad y la fecha de expiración. La fecha de efectividad debe ser a la fecha que se firme la autorización, la fecha de expiración no puede exceder de 2 años a partir de la fecha de efectividad.

1.

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Efectividad: _____

Fecha de Expiración: _____

Tipo de Representante:

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contador | <input type="checkbox"/> Instituciones de Cuidado | <input type="checkbox"/> Tutor designado por tribunal |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Miembro Familiar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Accesos a ser otorgados:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios | <input type="checkbox"/> Certificación de Cubierta | <input type="checkbox"/> Estatus de Reembolso |
| <input type="checkbox"/> Data Demográfica | <input type="checkbox"/> Duplicado de Tarjeta | <input type="checkbox"/> Cambios Demográficos |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones | <input type="checkbox"/> Estatus de Preauto | <input type="checkbox"/> Sin Limite |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

2.

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Efectividad: _____

Fecha de expiración: _____

Tipo de Representante:

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contador | <input type="checkbox"/> Instituciones de Cuidado | <input type="checkbox"/> Tutor designado por tribunal |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Miembro Familiar | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Accesos a ser otorgados:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios | <input type="checkbox"/> Certificación de Cubierta | <input type="checkbox"/> Estatus de Reembolso |
| <input type="checkbox"/> Data Demográfica | <input type="checkbox"/> Duplicado de Tarjeta | <input type="checkbox"/> Cambios Demográficos |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones | <input type="checkbox"/> Estatus de Preauto | <input type="checkbox"/> Sin Limite |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

SECCIÓN C: Revocación.

Derecho de Revocar: Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de revocación por escrito a la Oficina de Cumplimiento y Privacidad. La revocación de la autorización tendrá efectos prospectivos y *no* afectará las acciones que TRIPLE-S SALUD tomó según la autorización que estaba en vigor antes de la revocación.

Oficina de Contacto: OFICINA DE CUMPLIMIENTO Y PRIVACIDAD

Teléfono: (787) 277-6686 Facsímil: (787) 706-4004

Correo electrónico: privacidad@ssspr.com

Dirección: Apartado de Correos 363628, San Juan, PR 00936-3628

FIRMA DE LA PERSONA.

Yo, _____, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Entiendo que al firmar este documento, estoy confirmando mi autorización para que TRIPLE-S SALUD divulgue mi información de salud protegida según se describe en este formato.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta autorización es firmada por un representante personal a nombre del asegurado o beneficiario, debe presentar evidencia (Certificado médico, Poder notarial específico para información protegida de salud o Designación de Tutor por Tribunal con competencia) que le autoriza a firmar y completar la información que sigue:

Nombre del Representante de la Persona: _____

Relación con la Persona: _____

USTED TIENE DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA PETICIÓN LUEGO DE SER FIRMADA

Incluya esta autorización en el expediente del asegurado.