

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Propósito:** Triple-S Advantage, Inc. y Triple-S Salud, Inc. son entidades cubiertas que por ley requieren mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. Este formulario le permite autorizar a una de las siguientes entidades a proveer acceso a un individuo o entidad a su información de salud protegida.

\_\_\_ Triple-S Advantage, Inc.

\_\_\_ Triple-S Salud, Inc.

### **Sección A: Persona que autoriza el uso y/o divulgación de información**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de contrato: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Al asegurado o representante legal** (Favor de Leer)

**Sin condición:** 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 protegida de salud que se describa más adelante puede ser divulgada a o recibida por persona 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 brinda estas leyes.

### **Sección B: Tipo de información**

Información protegida de salud, incluyendo, pero no limitado a: información relacionada a tratamiento, identificación de sus proveedores de salud, diagnóstico, procedimiento, información demográfica, reclamaciones de cobertura o beneficios de cualquier o todas las condiciones médicas (pero sin incluir las notas de psicoterapia). Incluyendo información en cualquier formato, como por ejemplo a papel, oral o electrónico.

### **Sección C: Propósito de la autorización**

Entiendo que la entidad cubierta seleccionada arriba, no divulga mi información protegida de salud sin mi consentimiento expreso, excepto los directamente involucrados en mi cuidado según establece la Notificación de Prácticas de Privacidad de la entidad cubierta seleccionada. Por esta razón, autorizo a discutir y divulgar mi información médica personal a la persona(s) mencionada a continuación con el fin de asistir en, o facilitar, la coordinación o el pago de mis beneficios del plan de salud.

También entiendo que, si mi representante autorizado no es un profesional de la salud u otra entidad sujeta a las leyes de privacidad, federales o estatales aplicables, mi información personal de salud puede no estar protegida por las leyes de privacidad y mi representante personal puede divulgar mi información personal de salud sin mi autorización. Reconozco que mi autorización de divulgación es voluntaria.

\_\_\_ Petición del afiliado/asegurado    \_\_\_ Procedimiento legal    \_\_\_ Querrela    \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA P. 2

**Persona/Entidad autorizada a recibir información:** Indique los nombres e información demográfica de las personas o entidades autorizadas a recibir la información de salud protegida.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de efectividad de la autorización: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración de la autorización: \_\_\_\_\_

**Relación con el afiliado/asegurado principal:**

Miembro familiar     Tutor designado por tribunal     Institución de Cuidado  
 Abogado     Contador     Otro: \_\_\_\_\_

**Limitaciones de Divulgación:**

Yo entiendo que tengo el derecho de limitar la información que se libera bajo esta autorización. Por ejemplo, puedo limitar el acceso de mi representante autorizado a la información acerca de un proveedor de cuidados de la salud en particular o un diagnóstico/enfermedad en particular. Cualquiera de tales limitaciones debe ser documentada en el espacio provisto para notificar las limitaciones de divulgación. Yo entiendo que al dejar esta sección en blanco, estoy comunicando que no existe ninguna limitación a la divulgación.

Describe las limitaciones de divulgación: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de efectividad de la autorización: \_\_\_\_\_

Fecha de expiración de la autorización: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA P. 3

### Relación con el afiliado/asegurado principal:

Miembro familiar     Tutor designado por tribunal     Institución de cuidado  
 Abogado     Contador     Otro: \_\_\_\_\_

### Limitaciones de Divulgación:

Yo entiendo que tengo el derecho de limitar la información que se libera bajo esta autorización. Por ejemplo, puedo limitar el acceso de mi representante autorizado a la información acerca de un proveedor de cuidados de la salud en particular o un diagnóstico/enfermedad en particular. Cualquiera de tales limitaciones debe ser documentada en el espacio provisto para notificar las limitaciones de divulgación. Yo entiendo que, al dejar esta sección en blanco, estoy comunicando que no existe ninguna limitación a la divulgación de información.

Describe las limitaciones de divulgación: \_\_\_\_\_

### Sección D: Expiración y Revocación

**Expiración:** Esta autorización para divulgar información a su Representante Autorizado expirará automáticamente en 24 meses o antes si usted proporcionó un término menor en la sección para documentar la fecha de expiración de la autorización.

**Derecho a Revocar:** Usted puede revocar o dejar sin efecto esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de revocación por escrito al Departamento de Cumplimiento. La revocación de la autorización tendrá efecto prospectivo y no afectará las acciones que la entidad cubierta seleccionada haya tomado según la autorización que estaba en vigor antes de la revocación. La notificación de revocación debe incluir una fecha de efectividad de la revocación, su firma y estar fechada, esto con el fin de ser procesados. Por favor enviar su notificación de revocación por correo electrónico, fax o correo postal a:

**Oficina de Contacto:** Oficina de Privacidad  
Departamento de Cumplimiento

**Dirección:** PO Box 11320  
San Juan, PR 00922-9905

**Fax** (787) 993-3260

**Email:** [hipaacompliance@sssadvantage.com](mailto:hipaacompliance@sssadvantage.com)

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA P. 4

### Autorización:

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Formulario de divulgación de información protegida de salud. Confirmando que esta autorización es consistente con mi solicitud a la entidad seleccionada arriba. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que la entidad seleccionada arriba, use y divulgue mi información protegida de salud a la persona(s) o entidad designada arriba para el propósito descrito en esta forma.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN IMPORTANTE (Favor de Leer):

Si esta autorización es firmada por un representante autorizado a nombre del asegurado o afiliado, debe completar la información solicitada a continuación y **presentar evidencia de autoridad** (Ej. Poder legal, Designación de Tutor por Tribunal con competencia, Certificación del Médico primario asignado del afiliado, indicando que usted está a cargo del cuidado de salud del afiliado). **Nota:** El documento de representación del Seguro Social o Declaración Jurada, **NO** es admisible para efectos de este formulario, como un representante autorizado.

Nombre del Representante Autorizado: \_\_\_\_\_

Relación con el Afiliado/Asegurado: \_\_\_\_\_

Evidencia incluida: \_\_\_\_\_

### REQUERIMIENTOS GENERALES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

- Debe completar el documento en su totalidad. La firma y la fecha en la autorización son requeridos para que el documento sea válido.
- La fecha de efectividad de la autorización debe ser a partir o luego de la fecha de firma del documento.
- Si la evidencia de un representante autorizado no es incluida, el documento no se considerará completado.
- Si el formulario de autorización no está debidamente completado, el mismo será inválido. Esta situación pudiese ocasionar un retraso en nuestro buen servicio.

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA P. 5

Triple-S Advantage, Inc. y Triple-S Salud, Inc. son firmes en el cumplimiento con la regulación estatal y federal relacionada a la privacidad de la información protegida de salud de nuestros asegurados. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association. Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Triple-S Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人. Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. ATENCIÓN: si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargos para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).