

**Autorización de Miembro o Dependiente de Miembro para Revelación de Información de Salud Personal
Morgan-White Administrators International, 3191 Coral Way, Suite 704, Miami, FL 33145 USA**

Esta autorización cumple con la Regla de Privacidad de HIPAA y permite a los proveedores de cuidado a la salud y otras entidades cubiertas a revelar información de salud personal.

1) Inicio esta autorización para revelación de información de salud personal (descrita en #2). Autorizo a Morgan White Administrators International, sus agentes, y asociados (autorizados) a revelar información de mi salud personal según se describe a continuación. *(Declaración requerida por _164.508 (c)(1) (ii).*

a) Por favor, revele información de mi salud personal a (marque según sea applicable):

Mi empleador/patrocinador del plan (Sírvase incluir el nombre y dirección del empleador/patrocinador del plan); *Declaración requerida por _164.508 (c)(1)(iii).*

Empleador: _____
Attention: _____
Dirección: _____

Otra persona o entidad (Sírvase incluir el nombre y dirección de la persona o entidad a la cual se revelará la información): *Declaración requerida por _164.508 (c)(1)(iii).*

Nombre: _____
Dirección: _____

b) Describa la información de salud personal a ser revelada (marque según sea applicable); *Declaración requerida por _164.508 (c)(1)(i).*

Por favor, revelar cualquiera y toda la información de salud personal solicitada por la persona o entidad descrita anteriormente.

Por favor, describa la información de salud personal a ser revelada:

Descripción: _____

c) Razón para la revelación (opcional); *Declaración requerida por _164.508 (c)(1)(iv).*

Con mi firma, reconozco que cualquier acuerdo anterior que haya hecho para restringir la información de mi salud personal no aplicará a la información revelada bajo esta autorización.

2) Comprendo que la información de mi salud personal puede ser usada o revelada como se describe en esta autorización. La información de salud protegida incluye información creada o recibida por Morgan White Administrators. La información de salud protegida también incluye, pero no está limitada, a: *Declaración requerida por _164.508 (c)(1)(i).*

- Archivos Hospitalarios
- Archivos de tratamiento/notas de oficina
- Tratamiento por abuso de alcohol o drogas
- Reportes de consultas
- Información de Compensación Laboral
- Diagnóstico
- Recetas Médicas
- Resultados de pruebas
- Pruebas Vocacionales/Información de consejería
- Información de beneficios

3) Si usted es el representante del miembro o del dependiente del miembro (incluyendo un miembro actuando como representante a favor de un dependiente), describa la capacidad de su autoridad para actuar a favor del

miembro o el dependiente del miembro; por ejemplo, poder judicial, de guardián, conservador. *Declaración requerida por* _164.508 (c)(1)(vi).

4. Comprendo que cualquier información revelada bajo esta autorización ya no será cubierta por las provisiones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA –Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996, y puede estar sujeta a re-revelación. *Declaración requerida por* _164.508 (c)(2)(iii).
5. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La solicitud de revocación debe ser por escrito y enviada a: Morgan-White Administrators International, 3191 Coral Way, Suite 704, Miami, FL 33145 USA. Comprendo que una revocación no es efectiva si el autorizado ha confiado en la información de salud protegida revelada, o tiene un derecho legal a disputar una reclamación bajo una póliza de seguro, o a disputar la póliza misma. *Declaración requerida por* _164.508 (c)(2)(i). Dicha revocación no será aplicada a ningún uso o revelación de la información de mi salud protegida específicamente permitida sin autorización por HIPAA, y no se tomará acción relativa a esta autorización que pueda crear restricción en los usos y revelaciones que HIPAA permite sin mi autorización.
6. Esta autorización sera válida por 24 meses a partir de la fecha de mi firma en este documento. *Declaración requerida por* _164.508 (c)(1)(v).
7. Comprendo que no estoy obligado a firmar esta planilla de autorización y que Morgan-White Administrators International no condicionará la provisión de pago de reclamación por cobertura médica, dental, y/o visión al firmar esta autorización. *Declaración requerida por* _164.508 (c)(2)(ii). No se aceptará alteración a esta planilla.

Inicio esta autorización de revelación de información de mi salud personal. He leído y comprendo esta autorización. Al recibir su autorización firmada, se le entregará una copia. *Declaración requerida por* _164.508 (c)(4). Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como la original.

Nombre del Miembro/Dependiente (letra de molde)	Fecha de Nacimiento	No. de Identificación
--	----------------------------	------------------------------

Dirección del Miembro/Dependiente	Número de Teléfono
--	---------------------------

Nombre del Empleador	Número de Cuenta
-----------------------------	-------------------------

Dirección del Empleador

Nombre del representante personal o legal (si es applicable)

Relación del representante personal o legal con el Miembro o Dependiente

- 8) Si firma a favor de otra persona, sírvase adjuntar la documentación apropiada que justifique su derecho para firmar (Certificado de Defunción, Carta de Asignación del Ejecutor del Patrimonio, prueba de custodia, poder judicial, etc.) *Declaración requerida por* _164.508 (c)(1)(iv).

Firma del Miembro/Dependiente (o representante del Miembro o Dependiente)	Fecha
--	--------------

Requerido por _164.508 (c)(1)(vi).