

Delta Dental de Colorado

Formulario de autorización HIPAA para información personal de la salud

Favor de completar todas las secciones del formulario de autorización. El formulario solo es válido si está firmado y completado.

Información del suscriptor

Nombre completo del suscriptor

Número de ID del miembro o N° de Seguro Social del suscriptor:

Datos de la persona que autoriza que su información sea divulgada (solo completa si es diferente a los datos de arriba)

Nombre completo del suscriptor:

Fecha de nacimiento:

Número de ID del miembro o N° de Seguro Social del suscriptor:

Autorizo a Delta Dental de Colorado a divulgar mi información incluyendo información protegida de salud a los siguientes:

1. La siguiente persona, clase de personas, o negocios (tercera entidad) puede recibir divulgaciones de mi información protegida de salud:
 - a. Nombre:
 - b. Negocio/Empresa (si es aplicable):
 - c. Número de teléfono:
 - d. Dirección:
 - e. Correo electrónico:

2. La información específica que se puede divulgar (favor de ser específico e incluye fechas si es posible):

3. Comprendo que la información usada o divulgada puede ser sujeta a otras divulgaciones por el destinatario y es posible que ya no sean protegidas por regulaciones de privacidad federales.
4. Puedo revocar mi autorización notificando a HIPAA@ddpco.com por escrito. Sin embargo, comprendo que mi revocación no afecta cualquier acción ya tomada.
5. Mi información será divulgada debido a las siguientes razones:

6. Esta autorización es válida hasta la cancelación de tu inscripción o hasta mi cancelación. Si esta autorización es para un menor, se vencerá cuando cumpla 18 años.

Nombre del miembro::

Relación al miembro:

Firma: (individuo autorizando divulgación de información)

Fecha: