

## DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN

Adjunto encontrará el Formulario de Autorización de Divulgación de Información que recientemente solicitó a Delta Dental of Colorado.

Conforme a la ley federal y estatal, la divulgación de la información de cualquier persona de 18 años de edad o más (incluyendo la información relacionada con un cónyuge), debe haber sido previamente autorizada. La autorización incluye la firma del individuo que autoriza divulgar su información.

En vigencia a partir del 14 de abril de 2003, la información no estará disponible para ninguna persona que no sea el paciente cubierto (es decir un miembro, un cónyuge, o cualquier dependiente de 18 años de edad o más) sin tenerse archivada previamente la Autorización para divulgar tal información. Por ejemplo, si un suscriptor llamara para averiguar el estado de una reclamación en un dependiente de 19 años, tal información no se le suministraría al suscriptor sin el consentimiento por escrito del dependiente. La misma situación es válida para la información de cónyuge a cónyuge. Sin embargo, los padres tienen el derecho sobre la información de sus hijos menores de 18 años de edad, sin requerirse el consentimiento de los hijos. (No se requiere ninguna autorización para que Delta Dental divulgue la información a su dentista.)

El objetivo del formulario adjunto es darle a su dependiente de 18 años de edad o más, o a su cónyuge, la autoridad para divulgar la historia de reclamaciones dentales, información del seguro, etc. a un padre o cónyuge, en caso de que éste la requiera.

Se requiere rellenar todos los datos en el Formulario de Autorización de Divulgación de Información para que Delta Dental pueda procesar su petición.

Por favor, póngase en contacto con el departamento de Relaciones con el Cliente, al 1-800-610-0201, en caso de tener cualquier pregunta adicional. Devuelva el formulario completado a:

**Delta Dental of Colorado  
Attention Customer Relations  
P.O. Box 173803  
Denver, CO 80217-3803  
FAX 303-741-2116.**

## DIVULGACION DE LA INFORMACIÓN FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**Se deben rellenar todos los datos para que Delta Dental pueda procesar su petición de Divulgación de Información.**

### Información del Suscriptor

Primer Nombre / Apellido del Suscriptor:

Número de ID del Miembro o N° de Seguro Social del Suscriptor:

### Datos de la persona que autoriza divulgar su propia información

Primer Nombre / Apellido de la Persona:  
Autorización para Divulgar la Información:

Fecha de Nacimiento de la Persona que Autoriza la Divulgación de la Información:

Número de ID del Miembro o N° de Seguro Social de la Persona que Autoriza Divulgar la Información:

Lo siguiente es una autorización que permite a Delta Dental of Colorado suministrar la información a cualquier persona que usted designe. Autorizo a Delta Dental of Colorado a divulgar mis datos del seguro dental, estado e historial de reclamaciones, información general de reclamaciones, información dental, e información de suscripción, a menos que se indique de manera distinta al/(a los) individuo(s) u organización(es) siguiente(s):

Nombre de la persona/organización a la cual Delta Dental of Colorado puede suministrar la información:

Nombre de la persona/organización a la cual Delta Dental of Colorado puede suministrar la información:

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito (y presentar mi revocación por escrito) a Delta Dental of Colorado. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, cuando la ley faculte a mi asegurador con el derecho de impugnar una reclamación bajo mi póliza. Entiendo que la autorización del uso o divulgación de la información identificada arriba es voluntaria. Entiendo que la información usada o divulgada bajo esta autorización puede quedar sujeta a una siguiente divulgación y dejará de estar protegida bajo la Regla de Privacidad de HIPAA.

Esta autorización expirará en un año, a partir de la fecha de su firma. Si desea conceder una autorización por un período menor de un año, por favor indique la fecha de expiración: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de individuo que autoriza la divulgación de la información

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si firma en nombre de otra persona, por favor describa la autoridad que tiene para actuar en nombre de tal individuo (poder legal, tutor legal, etc.).