

**DELTA DENTAL OF ARIZONA:
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIONES**

Sección A: Debe completarse para todas las autorizaciones

Por la presente, autorizo el uso o divulgación de la información individualmente identificable de mi salud, según se describe abajo. Comprendo que esta autorización es voluntaria. Asimismo, comprendo que si la organización o persona autorizada a recibir dicha información no es un plan de salud o proveedor de cuidados de la salud, la información divulgada puede dejar de estar protegida por reglamentos federales de privacidad. Comprendo que puedo obtener una copia de este formulario.

Nombre del Suscriptor: _____

No. Identificación: _____

Nombre del dependiente: _____

Personas/organizaciones autorizadas a proveer la información: **DELTA DENTAL OF ARIZONA**

Personas/organizaciones autorizadas a recibir la información: _____

El propósito de la divulgación es requerido por estatutos federal y de el estado o regulación: _____

"A la petición del individuo" §164.508(c)(1)(iv)

Descripción específica de la información a ser divulgada:

- Información sobre todos las reclamaciones de cualquier fecha.
- Información sobre procedimiento(s) específico(s) a ser divulgada _____
- Información relativa a fecha(s) específica(s) a ser divulgada _____
- Otra; favor describir e incluir fecha(s): _____

Sección B: Debe completarse para todas las autorizaciones

El paciente o el representante del paciente debe leer y colocar sus iniciales en las siguientes declaraciones:

1. Esta autorización es válida sólo para ___ / ___ / ___ (DD/MM/AA)
Iniciales: _____
- O
2. Comprendo que esta autorización perderá su validez en mi fecha de renovación de grupo de empleador.
Iniciales: _____
- Y
3. Comprendo que podré revocar esta autorización en cualquier momento a través de notificación por escrito a Delta Dental of Arizona; sin embargo, si revoco esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre cualquier acción que se pudiera haber tomado antes de recibir mi revocación.
Iniciales: _____

Firma del suscriptor o del representante del suscriptor Fecha

(Es IMPRESCINDIBLE completar el formulario antes de firmarlo)

Nombre del representante del paciente en letra de imprenta: _____

Relación con el paciente: _____

****USTED PODRÁ NEGARSE A FIRMAR ESTA AUTORIZACIÓN.**LA DIVULGACIÓN QUE USTED A SOLICITADO ARRIBA NO OCURRIRÍA SIN SU FIRMA.**POR FAVOR REFIÉRASE A EL AVISO DE PRACTICAS DE INFORMACIÓN DEL DELTA DENTAL PARA INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE.**Usted no podrá utilizar este formulario para divulgar informaciones para tratamiento o pago. Salvo que la información a ser divulgada sea notas de psicoterapia o cierta información de investigación.**DeltaDental no condiciona tratamiento, pago, inscripción, o elegibilidad para beneficios en si el individuo firma esta autorización.**