

## AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Y REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del/de la Afiliado(a): \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Dirección del/de la Afiliado(a): \_\_\_\_\_

Autorizo a la **Premier Access Insurance Company**, para que utilice y revele una copia de la información médica y dental específica, que se describe a continuación.

**Información que consiste de:** (Marque todo lo que sea pertinente.)

- Elegibilidad   
  Beneficios   
  Reclamos   
  Autorizaciones Previas/Envíos a Servicios Especializados  
 Otro (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

**El Nombre de la(s) Persona(s) u Organización/Organizaciones a la(s) que usted nos autoriza para utilizar o revelar su información:**

Por favor, marque todo lo que sea pertinente, e indique el nombre o la organización:

- Cónyuge \_\_\_\_\_     Madre \_\_\_\_\_  
 Empleador \_\_\_\_\_     Padre \_\_\_\_\_  
 Hijo(a) \_\_\_\_\_     Otro \_\_\_\_\_

**Con el propósito de:** (Describa el uso o propósito de esta revelación)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Caducidad de la Autorización:** (Cuánto tiempo desea que dure esta Autorización)

- 1 año   
  3 años   
  5 años   
  No hay caducidad   
  Otro \_\_\_\_\_

Si solicitamos esta Autorización de su parte, para nuestro propio uso y revelación, o para permitirle a otro proveedor de atención médica o plan médico que nos revele la información:

- No podemos condicionar nuestra provisión de los servicios o tratamientos que le brindamos a usted, sobre la base del recibo de esta autorización firmada;
- Usted puede inspeccionar una copia de la información médica protegida que se usará o revelará;
- Usted puede rehusarse a firmar esta Autorización; y
- Nosotros tenemos que proporcionarle una copia de la Autorización firmada.

Usted tiene derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito, y a excepción de los casos en los que ya hayamos utilizado o revelado la información, confiando en esta Autorización.

Salvo haberse previamente revocado o indicado lo contrario, esta Autorización caducará en un año, a partir de la fecha en que se firme, o se mantendrá en vigor por el período razonable necesario, para completar la solicitud.

*He revisado y entiendo esta Autorización. También entiendo que es posible que la información usada o revelada, conforme a esta Autorización, esté sujeta a otra revelación, por parte de la persona que la reciba, y que ésta ya no está protegida bajo la ley federal.*

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

Firma del/de la Afiliado(a) [o del/de la representante autorizado(a), si el/la Afiliado(a) es un(a) menor]

Nombre del/de la Representante Autorizado(a) con letra de molde \_\_\_\_\_

Parentesco con el/la Afiliado(a) \_\_\_\_\_

**Por favor, envíe este formulario, por correo, a la dirección indicada en la parte superior de este documento, dirigido a la atención del Servicio de Atención al Cliente. Usted también puede enviar el formulario por FAX al 916.646.9000, dirigido a la atención del Servicio de Atención al Cliente.**

FOR INTERNAL USE ONLY		
Date Received	Entered into Member's Record By	Date original given to Privacy Officer