TRIPLE-S ADVANTAGE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Propósito: Este formulario debe ser utilizado para autorizar a Triple-S Advantage a proveer acceso a un individuo o entidad a su información de salud protegida.

SECCIÓN A: PERSONA QUE AUTORIZA EL USO Y/O DIVULGACIÓN

Nombre: _____

Dirección:_____

Teléfono: (____)_____ Celular: (____)_____

Número de Contrato: _____ Correo electrónico: _____

A la Persona (Favor de Leer)

Sin Condición: Esta autorización es voluntaria. Nosotros no condicionaremos su inscripción en un plan de salud o su elegibilidad para beneficios al recibo de esta autorización.

Efecto de Conceder esta Autorización: La información de salud protegida que se describa más adelante puede ser divulgada a y/o recibida por persona o entidades que no están sujetas a las leyes sobre privacidad de información de Salud, por lo que su información podría perder la protección que brinda estas leyes.

SECCIÓN B: TIPO DE INFORMACIÓN

Información protegida de salud, incluyendo pero no limitado a, el tratamiento de la identificación de sus proveedores de salud, diagnóstico, procedimiento, tratamiento, información demográfica, reclamaciones de cobertura o beneficios de cualquier o todas las condiciones médicas (pero sin incluir las notas de psicoterapia).

SECCIÓN C: PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN

Entiendo que Triple-S Advantage no divulga mi información protegida de salud sin mi autorización por escrito, excepto los directamente involucrados en mi cuidado. Por esta razón, autorizo a discutir y divulgar mi información médica personal a la persona (s) mencionada a continuación con el fin de asistir en, o facilitar, la coordinación o el pago de mis beneficios del plan de salud. También entiendo que si mi representante autorizado no es un profesional de la salud u otra entidad sujeta a las leyes de privacidad, federales o estatales aplicables, mi información personal de salud puede no estar protegida por las leyes de privacidad, mi representante personal puede divulgar aún más mi información personal de salud sin mi autorización. Reconozco que mi autorización de divulgación es voluntaria.

☐ Petición del Asegurado ☐ Procedimiento Legal ☐ Querella ☐ Otro

TRIPLE-S ADVANTAGE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA P.2

Persona/Entidad autorizada a recibir información: Indique los nombres e información demográfica de las personas o entidades autorizadas a recibir la información de salud protegida.

1. Nombre:_____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: (_____)_____

Número de Licencia: _____

Fecha de Efectividad: _____ Fecha de expiración: _____

Relación con el asegurado principal:

☐ Contador ☐ Institución de Cuidado ☐ Tutor designado por tribunal

☐ Abogado ☐ Miembro familiar ☐ Otro: _____

Limitaciones de Divulgación:

Yo entiendo que tengo el derecho de limitar la información que se libera bajo esta autorización. Por ejemplo, puedo limitar el acceso de mi representante autorizado a la información acerca de un proveedor de cuidados de la salud en particular o un diagnóstico/enfermedad en particular. Cualquiera de tales limitaciones deben ser documentadas en el espacio provisto para notificar las limitaciones de divulgación. Yo entiendo que al dejar esta sección en blanco, estoy comunicando que no existe ninguna limitación a la divulgación.

Describa las limitaciones de divulgación:

_____

2. Nombre: _____

Dirección:_____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: (_____)_____

Número de Licencia: _____

Fecha de Efectividad: _____ Fecha de Expiración: _____

Relación con el asegurado principal:

☐ Contador ☐ Institución de cuidado ☐ Tutor designado por tribunal

☐ Abogado ☐ Miembro familiar ☐ Otro: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA P.3

Limitaciones de Divulgación:
Yo entiendo que tengo el derecho de limitar la información que se libera bajo esta autorización. Por ejemplo, puedo limitar el acceso de mi representante autorizado a la información acerca de un proveedor de cuidados de la salud en particular o un diagnóstico/enfermedad en particular. Cualquiera de tales limitaciones, deben ser documentadas en el espacio provisto para notificar las limitaciones de divulgación. Yo entiendo que al dejar esta sección en blanco, estoy comunicando que no existe ninguna limitación a la divulgación.

Describa las limitaciones de divulgación:

_____

SECCIÓN D: EXPIRACIÓN Y REVOCACIÓN

Expiración: Esta autorización para divulgar información a su Representante Autorizado expirará automáticamente en 24 meses o antes si usted proporcionó un término menor en la sección para documentar la fecha de expiración de la autorización.

Derecho a Revocar: Usted puede revocar o dejar sin efecto esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de revocación por escrito al Departamento de Cumplimiento. La revocación de la autorización tendrá efecto prospectivo y no afectará las acciones que Triple-S Advantage haya tomado según la autorización que estaba en vigor antes de la revocación. La notificación de revocación debe incluir una fecha de efectividad de la revocación, su firma y estar fechada, esto con el fin de ser procesados. Por favor enviar su notificación de revocación por correo electrónico, fax o correo a:

Oficina de Contacto:	Privacy Officer Compliance Department
Dirección:	PO Box 11320 San Juan, PR 00922-9905
Fax	(787) 993-3260
Email:	hipaacompliance@sssadvantage.com
Teléfono:	1-888-620-1919

TRIPLE-S ADVANTAGE

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA P.4

AUTORIZACIÓN:

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Formulario de Representante Autorizado. Confirmo que esta autorización es consistente con mi solicitud a Triple-S Advantage Inc. Entiendo que al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que Triple-S Advantage, Inc. use y divulgue mi información protegida de salud a la persona (s) y propósito descrito anteriormente en esta forma.

Firma: _____ Fecha: _____

Información importante: Si esta autorización es firmada por un representante autorizado a nombre del asegurado o beneficiario, debe completar la información solicitada a continuación y **presentar evidencia de autoridad** (ej. Poder legal, Designación de Tutor por Tribunal con competencia), Nota: El documento de representación del Seguro Social, **No** es admisible para efectos de este formulario, como un representante autorizado.

Nombre del Representante Autorizado: _____

Relación con el Beneficiario: _____

Evidencia incluida: _____

Requerimientos Generales para Completar el Formulario de Autorización para Divulgación de Información de Salud Protegida

- La firma y la fecha en la autorización son requeridos para que el documento sea válido
- Si la evidencia de un representante autorizado no es incluida, el documento no se considerará completado.
- Si el formulario de Autorización no está debidamente completado, el mismo será inválido. Esta situación pudiese ocasionar un retraso en nuestro buen servicio.

Triple-S Advantage es firme en el cumplimiento con la regulación estatal y federal relacionada a la privacidad de la información de salud protegida de nuestros asegurados.

Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por razón de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística están disponibles libre de cargo para usted. Llame al: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-888-620-1919 (TTY: 1-866-620-2520).