

# Instrucciones para Completar un Formulario de Autorización

Cómo autorizar al Culinary Health Fund para divulgar la información protegida de salud a una persona u organización.

**IMPORTANTE** – Usted tiene que completar todas las secciones numeradas del formulario. Si no lo hace, se le regresará el formulario para completarse. Si cualquiera de la información que usted proporcione no concuerda con los archivos del Fondo, podría regresársele el formulario para más información.

## 1. Información del Participante - *el Participante es el empleado (el asegurado)*

Escriba en letra de imprenta el número de seguro social del Participante, su nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono. La información de la Autorización se comparará con la información de la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Participante.

## 2. Información del Paciente - *el Paciente es la persona que está dando permiso para divulgar la información de salud*

En letra de imprenta escriba el nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y su parentesco con el Participante. Si el Participante es el Paciente, puede marcar la casilla de “el Paciente es el mismo que el Participante”, y no tiene que completar la información restante de la Sección 2. La información del formulario de Autorización se comparará con la información de la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Paciente.

## 3. Persona u Organización que Recibirá la Información

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona u organización con quien usted (el paciente) está autorizando al Fondo a compartir su información de salud.

## 4. Información a ser Divulgada

Marque las casillas proporcionadas para tipos de información a ser divulgada. Puede marcar más de una casilla. Si está permitiendo “cualquiera y toda” información a ser divulgada, marque la casilla “Cualquiera y toda información”. Marque “otra” si desea ser más específico en cuanto a la información a ser divulgada, por ejemplo:

- Información acerca del tratamiento del Dr. Smith del 1 de mayo de 2002 al 5 de mayo de 2002;
- El pago de reclamaciones por todos los cuidados del 31 de marzo de 2002 al 15 de abril de 2002; o
- Las razones de la denegación de beneficios por servicios proporcionados el 24 de junio del 2002 en la clínica XYZ.

## 5. Propósito del Uso/Divulgación

Escriba una corta descripción de la razón de la autorización (ejemplo: “necesito ayuda con las reclamaciones”).

## 6. Vencimiento de la Autorización

Usted tiene que proporcionar una fecha de vencimiento en la cual la Autorización vencerá. Si no proporciona una fecha, la Autorización vencerá un año después de la fecha en que es firmada por el Paciente (o tutor legal).

## 7. Firma y Fecha

El Paciente (la persona indicada en el No. 2) tiene que firmar y poner la fecha en el formulario o este se considerará inválido. Si el paciente es menor de edad, el formulario deberá ser firmado por un padre de custodia o tutor legal. Si el formulario es firmado por un tutor legal u otro representante legal, el nombre de esta persona y su parentesco con el Paciente tiene que indicarse en la segunda línea.



# Autorización para compartir la Información de Salud Protegida

<b>Llene completamente para evitar retrasos</b>	<b>Enviar el formulario:</b> <b>Fax:</b> (702) 733-0989 <b>Por Correo:</b> Culinary Health Fund, 1901 South Las Vegas Blvd., Suite 107, Las Vegas, NV 89104	<b>Para obtener ayuda, llame al:</b> (702) 733-9938
---	---	--

Marque uno:  Soy el participante/miembro (tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo)  
 Soy un dependiente (soy familiar del participante/miembro y él/ella provee mi cobertura)

## 1: Información del Participante/Miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	#SS o número de identificación del participante	Teléfono
Calle		Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal

## 2: Información del Dependiente

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	#SS o número de identificación del participante	Teléfono
Calle		Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal

**¿Cuál es el propósito de esta autorización? (marque uno):**  
 A solicitud mía       Para un propósito diferente \_\_\_\_\_

**Quiero que Culinary Health Fund discuta y/o divulgue  mi información médica ó  la información médica de mis dependientes a la persona u organización:**  
 Persona/organización \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
 Relación conmigo (mi hermana, médico, abogado, etc.): \_\_\_\_\_

**Deseo que Culinary Health Fund comparta la siguiente información a la persona mencionada anteriormente (marque todos los que correspondan):**  
 CUALQUIER y TODA la información     Explicación de Beneficios     Elegibilidad     Inscripción  
 Desglosamiento de Gravamen     Apelación     Otro \_\_\_\_\_

**Deseo que expire esta autorización (marque uno):**  
 Hasta que yo la revoque     En esta fecha (especifique): \_\_\_\_\_  
 Cuando suceda el siguiente evento \_\_\_\_\_  
*Si yo no marco una casilla, esta autorización expirará en un año.*

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el uso o divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente. He leído y comprendo el contenido de este formulario. Yo comprendo que Culinary Health Fund no puede controlar la información después de ser compartida. Yo comprendo que esta solicitud puede incluir cualquier informe, correspondencia, resultados de pruebas, diagnósticos o procedimientos médicos. Yo comprendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Oficial de Privacidad de Culinary Health Fund, pero la revocación no afectará la información ya compartida. Si yo revoco esta Autorización, no se compartirá información adicional, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera. Estoy firmando este formulario voluntariamente. Firmar este formulario no cambia mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con Culinary Health Fund. **Al firmar y fechar este formulario, estoy permitiendo que el Culinary Health Fund comparta mi información de salud/la información de salud de mis dependientes con la persona u organización mencionada anteriormente.**

## 3: Firma y Fecha REQUERIDAS

Firma de la persona que autoriza que se comparta la información de salud	Fecha		
Escriba su nombre en letra de molde	Relación con el Participante/Miembro	Estado	Código Postal
<b>For Office Use Only</b>	Date Received	Received By	Copy Mailed On
			Copy Given to Patient On