

Autorización Para Divulgación de Información de Salud Protegida-Página 1

Propósito: Triple-S Advantage, Inc. y Triple-S Salud, Inc. son Entidades Cubiertas requeridas por ley de mantener la confidencialidad, privacidad y seguridad de su información de salud. Este formulario le permite autorizar a una de las siguientes entidades a proveer acceso a un individuo o entidad a su información de salud protegida.

____ Triple-S Advantage, Inc.

____ Triple-S Salud, Inc.

Sección A: Persona que autoriza el uso y/o divulgación de información

Nombre: _____

Dirección: _____

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

Numero de Contrato: _____ Correo Electrónico: _____

Al Asegurado o Representante Legal *(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 protegida de salud 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: información relacionada a tratamiento, identificación de sus proveedores de salud, diagnóstico, procedimiento, 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 la entidad cubierta seleccionada arriba, 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

Autorización Para Divulgación de Información Protegida de Salud- Página 2

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 y mi representante personal puede divulgar mi información personal de salud sin mi autorización. Reconozco que mi autorización de divulgación es voluntaria.

Petición del Afiliado/Asegurado Procedimiento Legal Querrela
 Otro _____

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: _____

Numero de Licencia _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono: _____ Celular: _____

Fecha de Efectividad de la Autorización: _____

Fecha de Expiración de la Autorización: _____

Relación con el afiliado/asegurado principal:

Miembro familiar Tutor designado por tribunal Institución de Cuidado

Abogado Contador 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 debe ser documentada 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 de información.

Describa las limitaciones de divulgación: _____

Autorización Para Divulgación de Información Protegida de Salud- Página 3

2. Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Licencia _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Teléfono: _____ Celular: _____

Fecha de Efectividad de la Autorización: _____

Fecha de Expiración de la Autorización: _____

Relación con el afiliado/asegurado principal:

___ Miembro familiar ___ Tutor designado por tribunal ___ Institución de Cuidado

___ Abogado ___ Contador ___ 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: _____

Sección C: 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 la entidad cubierta seleccionada, 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 postal a:

Y0082_19C1282S_C

Triple-S Salud, Inc. y Triple-S Advantage, Inc. son concesionarios independientes de **la** BlueCross **and** BlueShield Association.

Autorización Para Divulgación de Información Protegida de Salud- Página 4

Oficina de Contacto: Oficial de Privacidad
Departamento de Cumplimiento

Dirección: PO Box 11320
San Juan, PR 00922-9905

Fax (787) 993-3260

Email: hipaacompliance@sssadvantage.com

Autorización:

Yo, _____, he tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de este Formulario de Divulgación de Información Protegida de Salud. Confirmando que esta autorización es consistente con mi solicitud a la entidad seleccionada arriba. Entiendo que al firmar este formulario, confirmo mi autorización para que la entidad seleccionada arriba, use y divulgue mi información protegida de salud a la persona (s) o entidad designada arriba para el propósito descrito en esta forma.

Firma: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE (Favor de Leer):

Si esta autorización es firmada por un representante autorizado a nombre del asegurado o afiliado, debe completar la información solicitada a continuación y **presentar evidencia de autoridad** (ej. Poder legal, Designación de Tutor por Tribunal con competencia, Certificación del Médico primario asignado del afiliado, indicando que usted está a cargo del cuidado de salud del afiliado).

Nota: El documento de representación del Seguro Social o Declaración Jurada, **NO** es admisible para efectos de éste formulario, como un representante autorizado.

Nota: **La fecha de efectividad de la autorización** es cuando la misma, es firmada por el afiliado o representante autorizado y **la fecha de expiración de la autorización** es 24 meses (2 años) a partir de la fecha de firmado el formulario.

Nombre del Representante Autorizado: _____

Relación con el Afiliado/Asegurado: _____

Evidencia incluida: _____

Autorización Para Divulgación de Información Protegida de Salud- Página 5

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

- 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, Inc. y Triple-S Salud, Inc. son firmes en el cumplimiento con la regulación estatal y federal relacionada a la privacidad de la información protegida de salud de nuestros asegurados.

Triple-S Salud, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo.

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

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 787-774-6060, (TTY/TDD), 787-792-1370 or 1-866-215-1919. Free of charge 1-800-981-3241.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística llame al 787-774-6060, Libre de costo 1-800-981-3241. (TTY/TDD) al 787-792-1370 o 1-866-215-1919.

Triple-S Advantage, Inc. es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés) y de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare, y con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Vital). La afiliación a Triple-S Advantage, Inc. depende de la renovación de contrato. Triple-S Advantage, Inc. es un concesionario independiente de la BlueCross and BlueShield Association.

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

Autorización Para Divulgación de Información Protegida de Salud- Página 6

Triple-S Advantage Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

。

Triple-S Advantage Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate based on 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).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電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).