



Teléfono 317.923.4577 | Teléfono 317.923.7633 | E [info@ewbtf.org](mailto:info@ewbtf.org)  
1828 North Meridian Street, Suite 103, Indianapolis, IN 46202

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HIPAA

La autorización de HIPAA es un formulario **opcional**. Si es mayor de 18 años y desea que la Oficina de Beneficios discuta su información de salud personal (PHI) con otra persona que no sea usted, este formulario debe completarse y devolverse. La PHI es información de identificación individual creada o recibida por el Plan que se relaciona con sus condiciones de salud física o mental pasadas, presentes o futuras; los proveedores de atención médica para usted; o el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted. Cualquier divulgación es a petición del individuo.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Seguro Social/ # de ID: \_\_\_\_\_

Persona que autoriza la divulgación: \_\_\_\_\_ Relación del participante: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Por el presente autorizo la divulgación de información por parte de EWBTF para divulgar mi información a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Información limitada que podemos compartir: ☐ Ilimitado o ☐ Específico

Expliqué el específico \_\_\_\_\_

información que divulgar: ☐ General o ☐ Específico

Explique específico: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento de autorización: ☐ Fin de la elegibilidad en el plan O ☐ Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Información limitada que podemos compartir: ☐ Ilimitado o ☐ Específico

Expliqué el específico \_\_\_\_\_

información que divulgar: ☐ General o ☐ Específico

Explique específico: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento de autorización: ☐ Fin de la elegibilidad en el plan O ☐ Otro \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Información limitada que podemos compartir: ☐ Ilimitado o ☐ Específico

Expliqué el específico \_\_\_\_\_

información que divulgar: ☐ General o ☐ Específico

Explique específico: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento de autorización: ☐ Fin de la elegibilidad en el plan O ☐ Otro \_\_\_\_\_

### LEA ATENTAMENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN

El abajo firmante reconoce que una vez que la PHI es recibida por personas que no están cubiertas por las regulaciones federales de privacidad, la PHI puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. El abajo firmante entiende además que esta autorización puede ser revocada prospectivamente en cualquier momento mediante notificación por escrito al Oficial de Privacidad del Plan, excepto en la medida en que EWBTF haya tomado medidas basándose en la autorización. El fondo no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a la ejecución de esta autorización. **Tenga en cuenta que cada persona (mayor de 18 años) cubierta por el Plan que desee autorizar la divulgación de su PHI debe completar su propio formulario de autorización de HIPAA.**

Firma: \_\_\_\_\_

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