



AUTORIZACIÓN PARA USO Y/O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Esta autorización es:

Tramitada por el asegurado

Solicitada por MCS

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Contrato: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

(A) Por la presente autorizo a MCS a:

I. Utilizar y/o divulgar la Información Protegida de Salud según se describe a continuación. Entiendo que por lo demás esta información estaría protegida y no estaría sujeta a uso y/o divulgación. Entiendo que esta información se recopiló de bancos de data de MCS y/o sus asociados de negocio. (Favor de seleccionar la(s) opción(es) según apliquen)

Récord completo del asegurado Procedimiento quirúrgico (Especifique _____)

Pre-autorizaciones Otro (Especifique _____)

II. Otorgar permiso para actuar en mi nombre para (si aplica):

Realizar cambio de dirección Cambio de médico primario

(B) Autorizo a las siguientes personas (o clases de personas), en la siguiente dirección, a recibir, y hacer uso y/o divulgación autorizada de mi Información Protegida de Salud:

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

(C) Mi Información Protegida de Salud se utilizará o divulgará para los siguientes propósitos: (Favor seleccionar una opción).

A solicitud del individuo Procedimiento Judicial Otro (Especifique: _____)

(D) Esta autorización vence (Especifique una fecha o evento): _____

(E) Si usted es representante autorizado del asegurado, favor de seleccionar abajo la opción que le otorga dicha autoridad e incluya una copia del documento:

Poder legal Certificación del médico Otro: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que mi decisión de revocar esta autorización deberá ser por escrito y será enviada a MCS, donde se mantiene mi Información Protegida de Salud. Reconozco que, si decido revocar esta autorización, ésta no será efectiva en la medida en que las personas que he autorizado a usar y/o divulgar mi Información Protegida de Salud hayan actuado conforme a esta autorización o en la medida en que esta autorización haya sido provista como condición para obtener cobertura de seguro, u otra ley provea al asegurador el derecho a impugnar una reclamación bajo la póliza o la póliza misma. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización cuando el uso y/o divulgación sea solicitado por MCS. Si me niego a firmarla, no se afectará mi elegibilidad para cobertura. Entiendo la posibilidad de que la Información Protegida de Salud provista a través de esta solicitud sea re-divulgada por el receptor. Si la re-divulgación se hace a alguien que no está obligado a cumplir con los reglamentos federales de protección de privacidad, dicha información podría ya no estar protegida.

Asegurado o Representante Autorizado

Firma

Fecha

Testigo (De ser necesario)

Firma

Fecha

H5577_3190S0821_C



Instrucciones Generales para completar el Formulario de Autorización para Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud

- El formulario para Uso y/o Divulgación de Información Protegida de Salud se utiliza para que el asegurado autorice a una persona o entidad a tener acceso a su Información Protegida de Salud.
 - La Autorización puede ser tramitada por el asegurado o por MCS. En su caso marque “Tramitada por el asegurado”.
 - Escriba el nombre, fecha de nacimiento, número de contrato, dirección y un número de teléfono. **Provea copia de una identificación con firma (ejemplo: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte) para validar su firma en el formulario.**
- (A)- Seleccione o especifique la información que se va a utilizar y/o divulgar y/o el permiso que va a otorgar.
- (B)- Escriba el nombre de la persona, personas o nombre de la institución que usted autoriza y la dirección completa. **Provea copia de una identificación con firma (ejemplo: licencia de conducir, tarjeta electoral, pasaporte) de la o las personas, o representante de la institución que usted autoriza.**
- (C)- Seleccione cómo se utilizará la Información Protegida de Salud. **Si no desea proveer información sobre el uso, favor de marcar “A solicitud del individuo”.**
- (D)- Especifique una fecha o evento de expiración para la autorización (ejemplo: “31/12/2050”, “válido mientras la cobertura del plan esté activa”).
- (E)- Para ejercer como representante autorizado del asegurado, presente un Poder Legal, Certificación Médica, y/o otro documento que indique que usted está a cargo del cuidado de salud del asegurado. **Deberá proveer copia de uno de estos documentos y de una identificación con firma. El documento de representación de beneficios del Seguro Social no es admisible para efectos de este formulario.**

Importante:

- La firma y la fecha en la autorización también son requisitos para que el documento sea válido.
- Si el Formulario de Autorización no está debidamente completado, el mismo es inválido y por consiguiente es in-procesable. Esta situación puede causar retrasos en nuestro servicio.

Favor de entregar este formulario y solicitar asistencia para procesar el mismo en el Centro de Servicio de MCS más cercano
Centro de Llamadas MCS 787-758-2500 (Área Metro), 1-866-627-8183 (Libre de Costo) y TTY 1-866-627-8182
Horario de Servicio de lunes a domingo 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

MCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MCS complies with applicable Federal civil rights laws and



does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. MCS 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。

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). 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 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182)。

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.