

AUTORIZACION PARA RENUNCIAR INFORMACION DE SALUD

Yo, _____, autorizo a United Food & Commercial Workers & Employers Arizona Health & Welfare Trust (el Plan) que revelen mi informacion de salud como discribido en esta autorizacion. Esta autorizacion tambien sera aplicda a los siguiente asociados de negocio con el Plan (con acuerdo que el asociado mantenga la informacion que fue autorizada):
_____ (*nombre del asociado de negocio que esta autorizado para revelar informacion*).

(1) *Persona especifica/organizacion (o personas) que pueden revelar informacion:*

(2) *La informacion especifica que puede ser reverlada por el Plan:*

(3) *Derecho de Revokar:* Yo entiendo que tengo el derecho de revokar esta autorizacion al cualquier momento solamente con notificando por escrito al Plan al 2400 W. Dunlap Ave., Suite 250, Phoenix, Arizona 85021. Yo entiendo que la revocacion sera efectiva solamente cuando sea recibida por el Plan. Yo entiendo que cualquier uso o revelacion hecho antes de esta autorizacion no sera afectada por la revocacion.

(4) *Potencial de Volver a Revelar:* Yo entiendo que despues de que esta informacion sea revelada, la ley federal no podra protegerla y el recipiente podra volver a revelar la informacion.

(5) *Derecho de Duplicar:* Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorizacion.

(6) *Vencimiento de Autorizacion:* Esta autorizacion se vencera **[escoja y complete uno]**.

___ En el ___ dia de _____, 201___.

___ Sobre el siguiente Acontecimiento: _____

(7) *Voluntariamente:* Yo entiendo que no estoy bajo ninguna obligacion, de firmar esta forma. Yo reconozco que voluntariamente estoy firmando esta forma para que revelen informacion de mi salud a el gurpo que yo he designado.

(8) *Beneficios Que no Estan Condicionados en La Forma:* Yo entiendo que el Plan no puede inscribir condiciones o elegibilidad para beneficios a menos que el proposito de esta forma de autorizacion sea para permitir que el Plan obtenga informacion que necesita para hacer determinacion de elegibilidad, matriculacion o inscripcion o de asegurado.

(9) *Proposito de Autorizacion:* Estoy solicitando que mi informacion sea revelada por el siguiente proposito (individuo simplemente puede poner intento autorizado por individuo):

(10) *Fotocopia Y Fax:* Fotocopia o fax de esta autorizacion sera considerada validez como si fuera una copia original.

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de esta forma. En firmando esta forma-yo confirmo que mis deseos reflejan mi decision.

_____ (Fecha) _____ (Nombre en letra)

_____ (Firma)

Participante Del Plan																				
Numero de Seguro Social				-				-												

Seccion Para El Representante Personal

Si un representante personal lleva a cabo esta forma por parte del individuo, el representante personal asegura que el-o-ella tienen la autoridad de firmar esta forma bajo lo siguiente: (marque uno)

_____ Tiene la autoridad para propósitos de salud incluyendo el derecho de obtener acceso de información de salud que es protegida, notariado por un notario público (copia incluida).

_____ Tiene orden de corte como ser responsable del individuo (copia incluida).

_____ Es padre de un menor de edad y puede generalmente actuar como el representante del menor de edad (sujeto a las leyes excepcionales del estado).

_____ Otro: _____

