

**Autorización para usar y divulgar información protegida de salud.**

**(Por favor, lea and complete)**

**Información del Afiliado (Individuo cuya información será revelada)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**(Nombre en letra de molde) Mes / Día/ Año**  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: PR Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Número de Identificación de Afiliado: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a MMM Multi Health a divulgar mi información protegida de salud a la siguiente persona o entidad (o clases de personas o entidades):

\_\_\_\_\_  
**(Nombre en letra de molde)**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
**Mes/ Día/ Año**

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: PR Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación que guarda con el (la) afiliado (a):  
\_\_\_Hijo(a) \_\_\_Padre \_\_\_Madre \_\_\_Esposo(a) \_\_\_Familiar \_\_\_Otro: \_\_\_\_\_

Número de Identificación Personal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Nombre en letra de molde)**

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
**Mes/ Día/ Año**

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: PR Código Postal: \_\_\_\_\_

Relación que guarda con el (la) afiliado (a):  
\_\_\_Hijo(a) \_\_\_Padre \_\_\_Madre \_\_\_Esposo(a) \_\_\_Familiar \_\_\_Otro: \_\_\_\_\_

Número de Identificación Personal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser realizada o divulgada consiste en cualquiera de los siguientes:
  - A. Reclamaciones
  - B. Elegibilidad
  - C. Información sobre determinaciones organizacionales, como por ejemplo, estatus (Pendiente, Aprobado o Denegado)
  - D. Otros (favor de especificar qué información desea que se divulgue):  
\_\_\_\_\_.
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):  
 A solicitud del Afiliado  
 Procedimiento Legal  
 Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y solicitud de duplicado de la identificación del afiliado.  
 Otro: \_\_\_\_\_.
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación monetaria por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar a firmarla. Negarme a firmar este documento no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM Multi Health a la dirección postal PO Box 72010 San Juan PR 00936-7710.
8. Entiendo que tengo derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM Multi Health.

**\* Es requerido indicar la fecha de vencimiento de este documento. De no indicar una fecha de vencimiento valida y/o no completar el campo indicado (en blanco), este documento no tendrá efecto.**

**\*Esta autorización vence el:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**(Mes / Día / Año)**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Afiliado o Representante Legal**  
(En letra de molde)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Afiliado o Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

(Si el afiliado firma con una "X", se requiere la firma de un testigo)

**\*Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer evidencia de representación legal como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Legal, Tutoría Legal).**

MMM Multi Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si usted habla español o cualquier otro idioma, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-336-3331 (TTY: 787-999-4411). MMM Multi Health 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。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 1-844-336-3331 (TTY: 787-999-4411).