

**Formulario de divulgación de información
médica protegida
(Autorización de representación)**

Una fotocopia de esta autorización tendrá tanta validez como la original

Nombre del afiliado: _____

ID del afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Por medio de la presente, autorizo a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Relación: ☐ Familiar ☐ Proveedor (NPI) _____ ☐ Otro _____

como mi representante y autorizo a esta persona para que actúe en mi nombre. Autorizo e indico a MassHealth y/o DentaQuest para que proporcionen a esta persona toda la información solicitada, que puede incluir Información médica personal (PHI, Personal Health Information), tal y como se indica a continuación (marque la casilla correspondiente):

☐ Información sobre elegibilidad ☐ Historial completo de reclamaciones/autorizaciones ☐ Otro (describa a continuación)

Esta información médica puede ser utilizada por las personas que yo autorice a recibirla para fines de tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamaciones, u otros fines que yo indique.

Tenga en cuenta que cuando la persona u organización mencionada anteriormente reciba esta información, podrá compartirla con terceros sin su permiso. Si así lo hace, es posible que las leyes federales y estatales de privacidad no protejan la información.

Entiendo que mi tratamiento, pago, afiliación o elegibilidad para recibir beneficios no estarán condicionados a que firme esta autorización.

Autorizado por: _____
(Firma del afiliado o representante autorizado*)

(Fecha en que se firmó el formulario)

Escriba con letra de molde el nombre de la persona que firma
este formulario

(Su número de teléfono)

*Autoridad de la persona que completa este formulario para actuar en nombre del afiliado: _____

Si este formulario lo completa una persona que ha sido designada por un tribunal como tutor legal o custodio, o que tiene un poder notarial o un poder para la atención médica, **se debe adjuntar una copia del documento legal correspondiente.**

Tenga en cuenta que el permiso concedido para divulgar información tendrá una validez de un año a partir de la fecha de la firma.

Puede especificar aquí un plazo menor. Fecha de vencimiento: _____

También puede revocar esta autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con el Departamento de servicio al cliente de DentaQuest. Si cancela este permiso, DentaQuest no podrá recuperar ninguna información que haya compartido anteriormente.