

# Autorización general en virtud de la HIPAA\* para la divulgación de información médica protegida (PHI) o información médica protegida electrónica (ePHI)

\*Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996

St. Louis – Kansas City Carpenters Regional Health Plan (Plan)

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802 | Línea gratuita: (877) 232-3863 | Fax: (314) 678-1110 | Correo electrónico: [benefits@laborfunds.org](mailto:benefits@laborfunds.org)



Yo, la **persona cubierta** que se menciona a continuación, por el presente solicito y autorizo al Plan a divulgar mi **información médica protegida** (protected health information, PHI) a la **Parte autorizada** designada a continuación. Esta autorización se proporciona además de cualquier otro consentimiento o autorización que haya otorgado, o que pueda otorgar, al Plan en relación con mi información médica, y no restrictiva de estos. Al proporcionar mi firma a continuación, autorizo que el Plan use o divulgue mi PHI o Información médica protegida electrónica (Electronic Protected Health Information, ePHI) según se describe en esta autorización.

## A. Persona cubierta cuya PHI se autoriza divulgar. EN LETRA DE IMPRENTA:

Apellido de la persona cubierta		Nombre de la persona cubierta		Segundo nombre de la persona cubierta	
Fecha de nacimiento		Últimos 4 números de Seguro Social de la persona cubierta		Número de teléfono de contacto más conveniente	

## B. Parte autorizada\* para recibir la PHI de la persona cubierta a solicitud. EN LETRA DE IMPRENTA:

\*La persona cubierta que figura en la Sección A no puede ser la parte autorizada en la Sección B

**El Plan puede divulgar la siguiente PHI o ePHI a la persona o entidad que se indica a continuación (elijá todas las opciones que correspondan):**

- Registro médico completo       Información de salud mental o conductual, no incluye notas de psicoterapia
- Información genética       Otra, indique: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la persona o entidad autorizada a recibir la PHI o ePHI:	Relación	Número de teléfono
Nombre completo de la persona o entidad autorizada a recibir la PHI o ePHI:	Relación	Número de teléfono

## C. Esta autorización vencerá (marque una opción):

- En un año a partir de la fecha en que finaliza la cobertura      indique una fecha de vencimiento diferente: \_\_\_\_\_

### Información importante sobre los derechos de la persona cubierta

1. La persona cubierta es el participante o dependiente cubierto por St. Louis-Kansas City Carpenters Regional Health Plan.
2. La firma de la persona cubierta en este formulario no afectará su tratamiento, pago, inscripción en el plan de salud ni elegibilidad para los beneficios.
3. Se enviará una copia de esta autorización firmada a la persona cubierta que figura en la Sección A, a solicitud.
4. La persona cubierta tiene derecho a inspeccionar o copiar la información médica protegida que se divulgará en virtud de esta autorización.
5. La información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o entidad autorizada por la persona cubierta y es posible que ya no esté protegida por las Leyes federales de privacidad de la información médica.
6. La persona cubierta puede negarse a firmar esta autorización.
7. Si un representante personal legalmente autorizado firma la autorización (poder notarial, etc.), se debe adjuntar documentación legal.
8. La persona cubierta puede revocar (cancelar) esta autorización en cualquier momento por escrito. El formulario de revocación de la HIPAA está disponible en la oficina de beneficios y se proporcionará a solicitud. Tenga en cuenta lo siguiente: Cualquier revocación de esta autorización no se aplicará a ninguna acción que el Plan ya haya tomado en nombre de la persona cubierta antes de recibir el formulario de revocación en virtud de la HIPAA firmado.

**Autorización general en virtud de la HIPAA\* para la divulgación de información médica protegida (PHI) o información médica protegida electrónica (ePHI)**

*\*Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996*

St. Louis – Kansas City Carpenters Regional Health Plan (Plan)

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

Teléfono: (314) 644-4802 | Línea gratuita: (877) 232-3863 | Fax: (314) 678-1110 | Correo electrónico: [benefits@laborfunds.org](mailto:benefits@laborfunds.org)



**D. Autorización de la persona cubierta para divulgar información:**

---

**Firma de la persona cubierta**

*(Firma del padre o de la madre si la persona cubierta es menor de 18 años) o  
(representante legal personal, consulte el punto 7 anterior)*

---

**Fecha**

---

**Nombre del representante personal legal, en letra de imprenta** *(si corresponde)*  
personal

---

**Número de teléfono del representante**