



## Autorización Para La Divulgación de Información Medica Protegida (PHI – por sus siglas en ingles)

Mid-America Carpenters Regional Council Health Fund (Fund)

St. Louis-Kansas City Region

1419 Hampton Avenue, St. Louis, MO 63139

a la atención de: Privacy Officer

Teléfono: (314) 644-4802, opción 1 | Correo electrónico: [benefits@laborfunds.org](mailto:benefits@laborfunds.org)

Complete este formulario en su totalidad, asegúrese de responder todas las preguntas. Si envía este formulario de otra manera que no sea en persona, con fines de identificación, **también debe** presentar una copia de una tarjeta de identificación válida emitida por el gobierno. Las formas aceptables de identificación incluyen una licencia de conducir, una identificación estatal, un pasaporte o una tarjeta de identificación de extranjero residente.

### Escriba claramente con tinta negra o azul.

Las regulaciones federales requieren que el Fondo de Salud del Consejo Regional de Carpinteros de Mid-America (el Fondo) siga procedimientos para proteger la privacidad de su información de salud dentro del control del Fondo, conocido como Información de Salud Protegida o PHI. La PHI es información o registros de identificación individual que el Fondo tiene en cualquier forma (en papel, electrónico, oral) que se relaciona con uno o más de los siguientes: el estado o condición de salud mental o física de una persona, la prestación de atención médica a una persona o el pago por la prestación de atención médica a una persona. El Fondo debe obtener su autorización antes de divulgar su PHI en aquellas circunstancias en las que la ley o las prácticas de privacidad del Fondo no permitan o exijan la divulgación. Por favor, utilice este formulario para este propósito, ya que es preferible a otras autorizaciones para la divulgación de PHI.

### SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (marque uno): Carpintero activo Carpintero jubilado

Nombre completo del participante / jubilado (Último, Segundo, Primero)

Últimos 4 dígitos del # de Seguro Social o # de UID COMPLETO #

### SECCIÓN 2: PERSONA CUBIERTA (PARTICIPANTE O DEPENDIENTE) A LA QUE SE RELACIONA EL PHI

Nombre completo de la persona cubierta (Último, Segundo, Primero)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

# De Teléfono #

y/o dirección de correo electrónico\*

\* Autorizo al Fondo, a sus representantes o a sus proveedores de servicios externos a ponerse en contacto conmigo por teléfono, teléfono móvil, correo electrónico y/o en la dirección postal que proporciono en este formulario, para fines de administración del Fondo y actividades relacionadas con la atención médica, como el procesamiento de este formulario de autorización. Doy mi consentimiento y acepto que el Fondo y sus proveedores de servicios externos pueden hacerme llamadas o enviarme mensajes de texto utilizando mensajes pregrabados o voz artificial o mediante el uso de un sistema de marcación telefónica automática a cualquier número de teléfono proporcionado en este formulario, incluido mi teléfono celular, que podría resultar en cargos para mí. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para recibir dichas llamadas o mensajes enviados a mi teléfono celular en cualquier momento.

### SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo la divulgación, recepción y uso de mis registros de Información de Salud Protegida (PHI-por sus siglas en ingles) como se describe en esta Autorización.

Persona o entidad autorizada a recibir y usar mi PHI del Fondo:

Nombre de la persona o entidad

Persona de contacto

Teléfono de contacto #

Dirección postal: Calle, Ciudad, Estado, Código Postal (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

¿Qué tipos de PHI puede usar y divulgar el Fondo? (marque solo uno)

Mi historia clínica completa mantenidos por la Oficina del Fondo, incluidos, entre otros, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamientos y registros de facturación para todas las afecciones; o

Otro\* (especifique): \_\_\_\_\_

\* Los ejemplos pueden incluir registros relacionados con la elegibilidad para beneficios o la falta de pago de beneficios, o reclamos relacionados con una determinada lesión.

**SECCIÓN 3: AUTORIZACIÓN (continuación)**

Propósito(s) específico(s) del uso y divulgación de PHI bajo esta Autorización (por ejemplo, determinación de beneficios por discapacidad, reclamo de compensación para trabajadores, litigios, empleo, seguro, etc.)

Duración de esta autorización (si no se marca ninguna casilla, esta autorización caducará en un año a partir de la fecha de firma)

A menos que se revoque antes, esta Autorización permanecerá en vigor (elija y complete una):

- De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA); o
- La fecha de la firma en la Sección 4 hasta el siguiente evento: \_\_\_\_\_  
(por ejemplo, mi muerte, terminación de mi inscripción en el Fondo, etc.)

**SECCIÓN 4: FIRMA Y RECONOCIMIENTO**

Entiendo lo siguiente:

- No tengo que firmar esta Autorización. Estoy firmando voluntariamente esta Autorización para permitir la divulgación de mi Información de Salud Protegida a la(s) persona(s) o entidad(es) mencionada(s) anteriormente.
- Tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a la Oficina del Fondo. Dicha revocación sólo surtirá efecto una vez que la Oficina del Fondo la reciba y la registre. Cualquier uso o divulgación realizada antes de la revocación en virtud de esta Autorización no se verá afectado por una revocación.
- Después de que se divulgue esta información médica protegida, es posible que la ley federal no la proteja y que el destinatario la divulgue nuevamente.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- El Fondo no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios del plan de salud a la recepción de una Autorización.
- Una fotocopia o facsímil de esta Autorización firmada se considerará tan válida como la copia original firmada.

La información que he proporcionado sobre esta Autorización es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que hacer declaraciones falsas o proporcionar información incompleta puede anular esta Autorización.

X

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona cubierta o representante personal autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

El Representante Personal (si corresponde) es:

- Padre     Tutor legal  
 Representante Personal\*\*

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del autorizado representante personal\*  
(si corresponde)

- \*\* • *El Fondo reconocerá automáticamente a cualquier persona que tenga un poder notarial de atención médica legalmente válido para una persona cubierta como el Representante Personal Autorizado de esa persona cubierta. Si aún no ha presentado una copia del Poder Notarial de Atención Médica a la Oficina del Fondo, incluya una copia con este formulario.*
- *No se aceptará un poder notarial a menos que se refiera específicamente a decisiones relacionadas con la atención médica.*

**Envíe por correo, fax o correo electrónico este formulario completo a la dirección que aparece en la página 1 de este formulario, a la atención de: Privacy Officer.**