

Formulario de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad
de Seguros Médicos (HIPAA) para el Cónyuge

Autorización de divulgación de información

Sección A: Información del participante del plan

Asegúrese de que su cónyuge (si corresponde) complete este formulario a fin de permitirle al Fondo el tratamiento de la información médica privada con un representante autorizado.

Nombre del participante	Número de seguro social del participante
Nombre del cónyuge	Número de seguro social del cónyuge

Sección B: Uso o divulgación autorizados

Uso o divulgación previstos:

Entiendo que Welfare Fund, de conformidad con las nuevas leyes de privacidad, en general no puede revelar mi información médica sin mi autorización por escrito a mis familiares u otros individuos que me gustaría que tengan acceso a la información médica. Por este motivo, autorizo a United Food & Commercial Workers Local 655 Welfare Fund a tratar y revelar mi información médica que administra el Fondo a las personas que mencioné previamente.

Entiendo que tengo derecho a limitar la información que el Fondo revele conforme a la presente autorización. Por ejemplo, puedo limitar el acceso del representante autorizado a la información sobre algún proveedor de atención médica particular o algún diagnóstico o alguna enfermedad particular. Toda limitación de ese estilo debe describirse por escrito a continuación. Entiendo que, si dejo en blanco esta sección, no establezco ninguna limitación sobre la revelación.

Representante autorizado #1

Nombre	Tipo de relación	Número de teléfono
Dirección		
Limitaciones sobre la revelación		

Representante autorizado #2

Nombre	Tipo de relación	Número de teléfono
Dirección		
Limitaciones sobre la revelación		

Representante autorizado #3

Nombre	Tipo de relación	Número de teléfono
Dirección		
Limitaciones sobre la revelación		

continúa

Sección C: Información importante sobre sus derechos

- Puede revocar esta Autorización en todo momento. No obstante, ninguna revocación tendrá efecto en la medida en que hayamos actuado en virtud de su Autorización. La solicitud de revocación debe realizarse por escrito. Le proporcionaremos un formulario ante su solicitud.
- No podemos condicionar la prestación de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud ni la elegibilidad para beneficios mediante su firma de la presente Autorización.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a la divulgación posterior por parte del beneficiario y puede dejar de contar con el amparo de las leyes federales de privacidad de la información médica.
- Tiene autorización para una copia firmada de esta Autorización.

Sección D: Fecha de vigencia y de vencimiento de la autorización del cónyuge y firma de la autorización del cónyuge

He leído y considerado el contenido de la presente Autorización. Confirmando que la presente autorización se presenta a petición mía. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización por la que el plan de salud puede utilizar o revelar mi información médica personal a las personas mencionadas en la Sección B.

Marque una casilla a continuación:

Fecha de vigencia de la autorización _____ Fecha de vencimiento _____

Esta autorización es válida **por un plazo indeterminado** salvo que notifique a Welfare Fund sobre los cambios.

Firma: _____ Fecha: _____

Presente este formulario por alguno de los siguientes medios:

(de preferencia)

1

Ingrese al portal de participante **www.655hw.org** y envíe el formulario directamente al archivo de Welfare Fund mediante la característica "**FORM UPLOAD**" (carga del formulario)

2

Fax: 314.966.9848

3

Correo postal:

**UFCW LOCAL 655 WELFARE FUND
300 Weidman Road, Suite A
Ballwin, Missouri 63011**