AMERITAS GROUP
A Division of Ameritas Life Insurance Corp.
A UNIFI Company

AMERITAS LIFE INSURANCE CORP. OF NEW YORK

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN CUMPLE CON LA NORMA DE PRIVACIDAD HIPAA.

Yo, el que suscribe, por medio de la presente autorizo a Ameritas Life Insurance Corp. y a cualquiera de sus empresas centrales, subsidiarias o afiliados y sus respectivos agentes y subcontratistas, a que revele información confidencial de salud del miembro/asegurado que figura a continuación.

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN ES VOLUNTARIA.

Debe completar ambos lados del formulario. Utilice letra de imprenta o máquina de escribir.

1. Información del miembro/asegurado

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:

Fecha de nacimiento:	Nº de seguro social:

2. Autorizo a los individuos o compañías que se indican a continuación a recibir información médica protegida relacionada con el miembro/asegurado que figura anteriormente.

Individuo/compañía autorizada para recibir información médica protegida:		Teléfono durante el día: ( )	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Individuo/compañía autorizada para recibir información médica protegida:		Teléfono durante el día: ( )	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Individuo/compañía autorizada para recibir información médica protegida:		Teléfono durante el día: ( )	Fax:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

3. Motivo por el cual se revela o divulga la información:

☐ Las divulgaciones se realizan a pedido del miembro/asegurado.

☐ Otros (*sírvase especificar*):

_____
_____
_____
_____

4. Descripción de la información que se revelará o divulgará (*marque todas las opciones que correspondan*):

☐ Información de inscripción
☐ Registros de reclamos
☐ Estado de reclamos
☐ Otros: _____

(Describa específicamente los registros que se revelarán)

5. Vencimiento:

☐ Por un período de _____ meses desde la fecha de mi firma a continuación. **O BIEN**

☐ Hasta que se complete _____.
(*Motivo o evento específico de la divulgación).*

6. IMPORTANTE: Su firma a continuación implica que comprende y acepta lo siguiente:

Comprendo que la información brindada por la presente autorización puede incluir información médica protegida que puede contener datos de diagnósticos y tratamientos, incluida información relativa a enfermedades crónicas y/o transmisibles que incluye pero no se limita a: abuso de drogas o alcohol, afecciones mentales o psiquiátricas, VIH o enfermedades de transmisión sexual, trastornos genéticos y/o anemia falciforme, entre otras.

Comprendo que la información que se divulgará se encuentra protegida por ley y que el destinatario puede volver a divulgar la misma información y que ésta puede dejar de estar protegida por las mismas leyes que se aplicaron en la primera instancia.

Comprendo que se me puede cobrar un cargo razonable (únicamente según lo permitido por la ley) por la copia y el envío por correo de las divulgaciones a los individuos o compañías que he designado anteriormente en la Sección 2.

Comprendo que la capacidad de inscribirme en un plan de seguro de Ameritas Life Insurance Corp. o Ameritas Life Insurance Corp. of New York, la elegibilidad para recibir beneficios y el pago de servicios no se verán afectados si no firmo el presente formulario. Sin embargo, comprendo que sin este formulario completo con mi firma, mi solicitud de revelar a terceros la información descrita anteriormente no se llevará a cabo.

Comprendo que la presente autorización se mantendrá vigente hasta la fecha o el evento indicado anteriormente en la Sección 5, a menos que revoque la misma antes de su vencimiento. Comprendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento durante su vigencia mediante una solicitud por escrito a la Compañía a: UNIFI Companies, Attn. Privacy Office, P.O. Box 81889, Lincoln, NE 68510-1889.

Toda fotocopia de la presente autorización tendrá el mismo tenor que el original.

Firma del paciente/tutor/representante personal: **Fecha:**

Relación jurídica con el paciente (se debe completar si la firma corresponde al tutor o representante personal):