



Después de completarlo, por favor envíe este formulario a:

DHCF Privacy Officer
Kansas Department of Health and Environment,
Division of Health Care Finance
Curtis State Office Building, Suite 560
1000 SW Jackson Street
Topeka, KS 66612
785-291-3951

En relación a:

Nombre del Cliente: _____

Identificación o Número de Seguro Social del Cliente: _____

Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida
Por favor complete TODOS los espacios en blanco

Yo [_____] por la presente autorizo que mi información de salud sea utilizada o divulgada de acuerdo con lo descrito en esta autorización.

1. Persona/organización específica (o clase de personas) autorizada a proporcionar la información:

2. Persona/organización específica (o clase de personas) autorizada a recibir y utilizar la información:

3. Descripción específica y significativa de la información:

Por favor describa la información que usted desea que la Autoridad de Políticas de Salud de Kansas (DHCF por sus siglas en inglés) y el SRS divulguen, por ejemplo:

- Información escrita, electrónica y oral relacionada con la elegibilidad para los beneficios durante el período de tiempo que comienza el _____ y continúa hasta _____ fecha.
- Información escrita, electrónica y oral incluyendo reclamos, informes, y otros documentos relacionados a los reclamos de beneficios por un daño o enfermedad que haya comenzado en la fecha _____ y continúe hasta la fecha _____.
- Información escrita, electrónica y oral relacionada con el pago o falta de pago de beneficios a [nombre del proveedor de atención médica] por los servicios prestados en la fecha _____.
- Otro: _____

4. Propósito de la solicitud:

Por favor describa el propósito de la solicitud a continuación: [Por ejemplo, para discutir mis beneficios con el personal de la Administración de Beneficios de modo que yo puede comprender mejor mis beneficios.] Si usted no desea especificar un propósito, por favor escriba, "A pedido de la persona." _____

5. Derecho a Revocación: Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la persona/organización listada en número 1 más arriba en [colocar la dirección en la cual debe ser entregada la revocación]. Yo entiendo que la revocación entrará en vigencia solamente después de que haya sido recibida e ingresada por la persona/organización listada en el número 1 más arriba. Yo entiendo que cualquier utilización o divulgación realizada previo a la revocación bajo esta autorización no se verá afectada por una revocación.
6. Yo entiendo que después de que esta información sea divulgada, la ley federal podría no protegerla y la persona que la reciba podría divulgarla nuevamente.
7. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
8. Yo entiendo que esta autorización vencerá el (insertar una fecha de vencimiento). Si no se inserta ninguna fecha, la autorización vencerá a los 12 meses a partir de la fecha ingresada en el punto 9.)
9. La DHCF no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios del plan de salud al recibir una autorización.

Firma de la Persona

Fecha

Si un Representante Personal ejecuta este formulario, ese Representante garantiza que él/ella tiene la autoridad para firmar el formulario en base a:

Esta autorización refleja los requisitos de 45 CFR§ 164.508 (14 de Agosto de 2002)