

United Food and Commercial Workers Unions and Employers Midwest Health Benefits Fund

1300 Higgins Road, Suite 300 ♦ Park Ridge, IL 60068-5713 ♦ 847-384-7000 ♦ 800-621-5133

FAX PARA RECLAMOS 847-384-0196 ♦ FAX PARA RECETAS 847-384-0188

TDD - TELECOMUNICACIÓN PARA SORDOS 847-384-0199 ♦ www.ufcwmidwest.org

Autorización para la Divulgación de Información Médica Personal

Permítanos informarles acerca de nuestros beneficios a usted y su familia. Las leyes federales nos exigen que todo adulto cubierto llene una autorización escrita que nos permita divulgar su información médica personal, incluyendo detalles acerca de su tratamiento y cobertura, a otras personas, como, por ejemplo, su cónyuge. De no contar con dicha autorización en nuestros archivos, podremos pasar la información **sólo** a la persona cubierta.

Favor de llenar y devolvernos este formulario donde nos indicará las personas que podrán recibir de nosotros información acerca de su seguro y tratamientos médicos. Para agregar personas adicionales, favor de indicarnos su nombre y relación, así como firmar y fechar el documento en el reverso. Los proveedores de servicios médicos (médico, hospitales, etc.) **no** tienen porqué aparecer en este formulario.

Información Acerca del Empleado(a)/Miembro

NOMBRE COMPLETO (EMPLEADO(A)/MIEMBRO)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO TELEFÓNICO DURANTE EL DÍA
DIRECCIÓN FISCAL	CIUDAD	ESTADO ZIP/CÓDIGO POSTAL

A LA ATENCIÓN DE LOS MAYORES DE 18 AÑOS CUBIERTOS POR EL PLAN. Favor de leer atentamente este Formulario de Autorización y luego llene y firme las declaraciones o afirmaciones que corresponda. Favor de escribir con letra de molde legible.

Al firmar al pie, autorizo a las United Food and Commercial Workers Unions y al Employers Midwest Health Benefits Plan a revelar información confidencial acerca de mi salud, tal y como se describe en esta Autorización. Se me dio la oportunidad de revisar y entender el contenido de todo este formulario, y confirmo que refleja exactamente mis deseos:

- Soy el Empleado(a)/Miembro y les autorizo a revelar dicha información a mi cónyuge,

_____ nombre del cónyuge

Firma _____ Fecha de la Firma _____

- Soy el/la cónyuge del Empleado(a)/Miembro y les autorizo a revelar la información a mi esposa(o).

Firma _____ Fecha de la Firma _____

- Soy un hijo(a) dependiente mayor de 18 años. Mi nombre es _____ y

les autorizo a revelar información a _____ nombre y relación

Firma _____ Fecha de la Firma _____

- Soy un hijo(a) dependiente mayor de 18 años. Mi nombre es _____ y

les autorizo a revelar información a _____ nombre y relación

Firma _____ Fecha de la Firma _____

- Otro o Autorización Adicional. Soy _____ y les autorizo a

revelar información a _____ nombre(s) y, relación

Firma _____ Fecha de la Firma _____

(continúa en el reverso)

Descripción de la información a ser divulgada por el Plan. Queda entendido que la información que podrá ser revelada por el Plan incluirá toda la creada o recibida por el mismo con relación a mi tratamiento médico, estado de salud, calificación para el recibo de beneficios médicos y/o pago de beneficios del seguro médico.

Vencimiento de la Autorización. Esta autorización se vencerá (1) al terminar mi cobertura bajo el Plan, (2) en caso de haya autorizado a mi cónyuge como recipiente de mi información médica personal, y el matrimonio se haya disuelto, o (3) si llegara a revocar por escrito esta autorización.

Derecho de revocación. Queda entendido que tendrá el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, mediante notificación escrita a la Benefits Fund Office, oficina gestora de los beneficios del Plan. Entiendo además que la revocación será efectiva sólo después de haber sido recibida por la Benefits Fund Office y que cualquier uso de la autorización o revelación anteriores a la revocación no serán afectadas por la misma.

Acuerdo libre y voluntario. Queda entendido que no estoy bajo ninguna obligación de firmar esta autorización. Reconozco que estoy firmando voluntariamente este formulario autorizando la revelación de mi información médica a la persona designada.

Los beneficios que pueda recibir no estarán condicionados a la firma de esta autorización. Queda entendido que mis calificaciones para el recibo de los beneficios del Plan médico no estarán condicionadas por la firma de esta autorización.

Potencial para revelaciones posteriores. Entiendo que después de la revelación de mi hoja médica, las leyes federales podrían no seguir protegiéndola, y que el recipiente podría seguir divulgándola.

Derecho a copiar. Queda entendido que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Fotocopias y faxes. Las fotocopias o faxes de esta autorización debidamente firmadas serán consideradas tan válidas como las copias originales firmadas.

Propósito de la divulgación: Este formulario autoriza al Plan a revelar mi información médica personal a la(s) persona(s) designadas por mi propia y libre voluntad.