

**Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de los Albañiles del Cemento del Norte de California**  
**Autorización para la Divulgación de Información Sanitaria Protegida (PHI)**

---

**I. Información sobre el Uso o la Divulgación de la PHI**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ NÚM. SS (4 últimos) /ID: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo el uso y divulgación de la PHI para\*:  
(introduzca el nombre de la persona que autoriza la divulgación de la información)

☐ Yo mismo, **O**

☐ \_\_\_\_\_

(introduzca el nombre de la persona en cuyo nombre presenta la solicitud como representante personal\*)

**1. Organización autorizada a divulgar y/o revelar la PHI:**

☒ **Servicios de Salud y Administradores de Prestaciones** (tercer administrador del Fondo Fiduciario)

☐ Otros, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**2. Persona u organización (o clase de personas/organizaciones) autorizada a recibir la información:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**3. Marque las casillas correspondientes a la descripción específica de la información que se utilizará o divulgará:**

☐ En relación con el derecho a prestaciones durante el periodo de \_\_\_\_\_ a través de \_\_\_\_\_

☐ En relación con reclamaciones, informes y otros documentos de prestaciones por lesión o enfermedad

☐ En relación con el pago o la falta de pago de prestaciones a todos los proveedores de asistencia sanitaria

☐ En relación con un recurso de apelación de prestaciones que ha sido denegado

☐ Otro: \_\_\_\_\_

**4. Finalidad específica de la divulgación, por ejemplo: "Hablar de las prestaciones con el Fondo Fiduciario para conocer mejor mis prestaciones":**

☐ A petición mía, **O**

☐ Por la siguiente razón: \_\_\_\_\_

**5. Esta autorización expirará el (indíquese una fecha u ocurrencia - por ejemplo, "Al finalizar la inscripción en el plan de salud"):**

☐ Hasta que lo revoque por escrito, **O**

☐ Hasta que ocurra lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

**II. Información Importante sobre sus Derechos**

He leído y comprendo las siguientes declaraciones sobre mis derechos:

- Esta autorización es voluntaria y me puedo negar a firmarla.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de su fecha de expiración enviando una notificación de revocación por escrito al Responsable de Privacidad al 4160 Dublín Blvd, Oficina 100, Dublín, CA 94502 o al Fax de Privacidad: 925-833-7301. La revocación no tendrá ningún efecto sobre las acciones que la entidad haya realizado antes de recibir la notificación de revocación.
- No estoy obligado a firmar esta autorización como condición para recibir tratamiento o pago por atención médica; inscribirme en un plan de salud; o establecer mi elegibilidad para recibir prestaciones.
- La información que se utilice o divulgue en virtud de esta autorización se podrá divulgar de nuevo por la persona u organización receptora y, una vez divulgada de nuevo, dejará de estar protegida por las leyes federales de protección de la privacidad.

---

**III. Firma de la Persona Física o del Representante Personal\* que presenta la solicitud**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

---

**IV. \*Si el formulario está firmado por un representante personal, complete la siguiente información (un representante personal es alguien que, en virtud de la legislación aplicable, tiene autoridad para actuar en nombre de alguien, como un padre, un tutor o un poder notarial duradero. Por favor, presente una copia de dicho documento legal, si procede):**

Nombre en letra de imprenta del representante personal del participante: \_\_\_\_\_

Relación con el participante, incluida la autoridad para actuar como representante personal: \_\_\_\_\_

**Por favor, envíe este formulario a: Oficial de Privacidad, 4160 Dublín Blvd, Oficina 400, Dublín, CA 94568 o Fax de Privacidad: 925-833-7301**

**Autorización HIPAA**