



994 Old Eagle School Road • Suite 1005 • Wayne, PA 19087-1802 • Telephone: (610) 293-9229 • Fax: (610)293-9299 • www.visit-aci.com

AUTORIZACIÓN DE USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA NECESARIA PARA AYUDAR EN EL PROCESAMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN PRESENTADA BAJO LA POLIZA DE SEGUROS

Por la presente autorizo a Administrative Concepts, Inc. a obtener información de salud protegida y a divulgar dicha PHI a la (s) persona (s) o entidad (es) indicadas a continuación, con el propósito expreso y limitado de ayudar en el procesamiento de mi reclamo.

La información que se utilizará o divulgará puede incluir:

- Nombre, dirección y especialidad del proveedor (obligatorio)
- Fechas de servicio (obligatorio)
- Costo de los servicios (requerido)
- Diagnóstico médico (opcional)
- Servicios prestados (opcional)
- Medicamentos (opcional)

Personas o clase de personas a quienes se puede hacer la divulgación:

- Personal del Servicio de Salud Estudiantil
- Empleador
- Un individuo específico, como sigue: _____
- Personal de Asuntos Estudiantiles
- Representante de la asociación

Entiendo que la información de salud individualmente identificable relacionada con mí, que se llama Información de Salud Protegida, tal como se define en la Regla de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA); y,

que si la persona o entidad que recibe esta información no es un socio comercial, plan de salud, centro de intercambio de información médica o proveedor de atención médica como se define en la Regla de Privacidad de HIPAA, el destinatario puede volver a divulgar la información divulgada y ya no puede estar protegido por la ley federal o estatal; y,

que puedo revocar la autorización en cualquier momento notificando a Administrative Concepts, Inc. por escrito. Sin embargo, si elijo hacerlo, mi revocación no afectará ninguna acción tomada por Administrative Concepts, Inc. antes de mi revocación; y,

que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo firmar de ninguna manera afecta mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios.

Esta autorización vence 365 días después de firmar o cuando solicite a Administrative Concepts, Inc. que cancele la autorización, lo que ocurra antes.

Nombre del miembro asegurado: (letra de imprenta) _____

De el miembro _____ **Fecha de nacimiento:** __/__/__

El reclamante es: Mismo Dependiente (escriba el nombre completo e indique la relación con el asegurado)

Firma del paciente o representante autorizado: _____

Fecha: __/__/__ **Si Representante Autorizado, Relación con el Paciente:** _____