



Carpenters Southwest Administrative Corporation

ADMINISTRATIVE OFFICE: 533 S. Fremont Ave. • Los Angeles, CA 90071-1706 • Tel: (213) 386-8590 • Toll Free (800) 293-1370

www.carpenterssw.org

AUTORIZACION DE HIPAA

Para ofrecerle los beneficios a los cuales tiene derecho, el Fideicomiso de Carpinteros del Sudoeste del Plan de Salud y Bienestar (conocido como “**Trust**”) debe reunir, crear y mantener información sobre usted. Nosotros en el Fideicomiso nos preocupamos por la privacidad de su información referida como “**Información de Salud Protegida**” o “**PHI**” bajo la Obra de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud de 1996 (conocido como “**HIPAA**”). Para proteger su PHI, HIPAA exige que los planes de salud, tal como el Fideicomiso, establezcan nuevas pólizas y procedimientos con respecto a cómo utilizar y divulgar la información sobre los participantes como usted.

El Aviso de Practicas de Privacidad que se han enviado a todos los participantes de planes de salud, por medio del Fideicomiso, describe cómo se puede utilizar y divulgar Información de Salud Protegida sobre usted, así como, las obligaciones del Fideicomiso y sus derechos con respecto a la información. Si usted desea otra copia del Aviso de Practicas de Privacidad, usted la puede solicitar llamando a la oficina del Fideicomiso a (213) 386-8590 o visite nuestra página de internet a:

www.carpenterssw.org

HIPAA tiene límites establecidos entre aquellos con los que el Fideicomiso puede discutir su Información de Salud Protegida cuando usted no esté presente en la conversación. Estos límites incluyen información sobre su elegibilidad y la elegibilidad de sus dependientes cubiertos, fechas de tratamientos y las razones de cualquier rechazo de beneficios. Si usted desea autorizar a la oficina del Fideicomiso para discutir este tipo de información de salud protegida con otra persona usted debe llenar el formulario usual de autorización del Fideicomiso. Por lo general, usted no necesitará una autorización para obtener información de salud protegida sobre sus hijos menores de edad. Sin embargo, sí se requiere una autorización para obtener Información de Salud Protegida sobre los dependientes cubiertos que ya son adultos.

Usted puede obtener información adicional con respecto a las autorizaciones por escrito al Oficial de Privacidad, al domicilio:

Carpenters Southwest Administrative Corporation
Attn: Privacy Officer
533 South Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706



Carpenters Southwest Administrative Corporation

ADMINISTRATIVE OFFICE: 533 S. Fremont Ave. • Los Angeles, CA 90071-1706 • Tel: (213) 386-8590 • Toll Free (800) 293-1370

www.carpenterssw.org

Formulario de Autorización de HIPAA

Su Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
(por favor letra de molde) Mes Día Año

Su relación es: Si mismo Cónyuge Hijo(a) Dependiente

Nombre del Participante: _____

Número de Seguro Social o Número del Participante: _____

Domicilio: _____

Teléfono en Casa: (_____) _____ Teléfono del Trabajo: (_____) _____

Por la presente, autorizo a la Oficina del Fideicomiso del Sudoeste de Carpinteros de Salud y Bienestar (conocido como "Trust") utilizar y/o divulgar mi información de salud protegida de la siguiente manera:

1. **Información a ser utilizada o divulgada:** La siguiente Información de Salud Protegida (PHI) puede ser usada y/o divulgada como se describe a continuación (*marque solo los que apliquen*):

- Cualquier información de salud que tienen de mí.
 Cualquier información relacionada con mi elegibilidad para los beneficios proporcionados por el Fideicomiso.
 Las fechas de tratamientos que he recibido.
 Las razones por las cuales se me negó beneficios.
 Otro _____

[por favor describa la información de una manera específica y significativa]

2. **Las Personas a quienes el uso o divulgación se Puede Hacer:** La siguiente persona o grupo de personas que pueden recibir la Información de Salud Protegida se describe en la Sección 1 de esta Autorización del Fideicomiso y/o Carpenters Southwest Administrative Corporation (CSAC).

- Nombre del Cónyuge: _____
 Nombre de hijo(s): _____
 Nombre de Padre(s): _____
 Otro Nombre: _____

[escriba el nombre o la identificación específica de la persona o clase de personas]

Si solo desea que su PHI sea divulgada a alguien que conozca una contraseña, escriba su contraseña aquí:



Carpenters Southwest Administrative Corporation

ADMINISTRATIVE OFFICE: 533 S. Fremont Ave. • Los Angeles, CA 90071-1706 • Tel: (213) 386-8590 • Toll Free (800) 293-1370

www.carpenterssw.org

3. **Propósito de la Solicitud:** Por favor de indicar el propósito de la solicitud a continuación. Si no desea indicar un propósito, por favor solo indique, “a petición del individuo.”

4. **Fecha de Vencimiento o Evento:** Esta autorización vencerá (*elegir y completar solo uno*):

- Diez años a partir de la fecha en que esta autorización fue firmada
 En _____ / _____ / _____ (menos de los años a partir de la fecha en que se firmó esta
Fecha autorización)
 Tras el acontecimiento del evento siguiente relacionado con mi atención de salud o para el propósito por cual yo autorice el uso y/o divulgación de mi Información de Salud Protegida:

Yo entiendo que:

- (1) Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en el caso en que el Fideicomiso haya tomado acción basada en esta autorización;
- (2) El Fideicomiso no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios en mi voluntad de firmar esta autorización; y
- (3) Cualquier información revelada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley.

Por: _____ **Fecha:** _____
[su firma]

Por favor envíe a: Carpenters Southwest Administrative Corporation
533 S. Fremont Avenue
Los Angeles, CA 90071-1706

o

Por fax a: (213) 739-9463