



**CARPENTERS
SOUTHWEST
ADMINISTRATIVE
CORPORATION**

533 South Fremont Avenue
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 utilice letra de molde su firma será requerida a continuación) Mes Día Año

Su relación con el participante: Si mismo Cónyuge Hijo(a) Dependiente

Domicilio: _____

Teléfono de Casa : (____) _____ Trabajo:(____) _____ Móvil: (____) _____

Nombre del Participante: _____ UBC o SSN del Participante : _____

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

1. Información que se utilizará o divulgará: La siguiente Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en Inglés) 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 la Administración Corporativa del Carpinteros de Sudoeste (CSAC, por sus siglas en Inglés).

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

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

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

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 se 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 autorización*)
Mes Día Año
- Tras la ocurrencia 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 intiendo 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 divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley.

Su Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor envíe este formulario completo por correo a la dirección anterior o por fax al (213) 739-9463.