

# South Bay Hotel Employees, Restaurant Employees Trust Funds

Physical Address 7525 SE 24th Street Suite 200 Mercer Island, WA 98040 • Mailing Address PO Box 34203 Seattle, WA 98124  
Phone (800) 544-5085 • Fax (206) 441-9110 • Website www.southbayheretrust.com

Administered by  
Welfare and Pension Administration Service, Inc.

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Identifique abajo a la persona de la cual la información de salud protegida será divulgada:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AÑO

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Los últimos cuatro dígitos del número de seguro social del empleado cubierto: \_\_\_\_\_

### PROPOSITO DE LA AUTORIZACIÓN

A no ser que el uso y la divulgación sea de otro modo requerido o permitido conforme con la ley, el Plan de Salud requiere de esta Autorización para divulgar información de salud a otra persona que no sea el individuo, sujeto de la información, o para usar o divulgar información para propósitos fuera de las operaciones normales del Plan de Salud (por ejemplo, tratamientos, pagos de reclamaciones o gestiones de atención médica). Los que reciben esta Autorización dependerán de ella para usar y divulgar la información de salud del individuo. Le agradecemos que lo revise detenidamente.

### NATURALEZA DE LA DIVULGACIÓN QUE SE AUTORIZA

La información solicitada en las preguntas del 1 al 7 debe ser proporcionada para que sea efectiva esta Autorización.

- 1. Describa la información que debe ser divulgada:** Identifique aquí lo que usted autoriza para ser usado o divulgado. La información debería ser específica como por ejemplo: "Información referente a mi cirugía de rodilla":

Anote la información aquí: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2. Describa el propósito de la divulgación:** Describa por qué la información será divulgada. Si usted está iniciando la petición, puede simplemente decir "A petición del individuo".

Anote el propósito: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **Identifique quién es autorizado para divulgar la información:** Identifique aquí quién es autorizado para hacer la divulgación. Sea específico haciendo una anotación tal como “Oficina de Fideicomiso.” Marque cada casillero que se aplique:
- Todas las entidades con información relacionada con los asuntos indicados en la pregunta 1.
  - Sólo las siguientes entidades: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. **Identifique quién recibirá la información:** Anote abajo quién es autorizado para recibir información, por ejemplo “Mary Jones, mi esposa” o “John Doe, mi representante de sindicato”.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
5. **Identifique cómo suministrar la información:** ¿Dónde y cómo deberá ser divulgada la información? Escriba la dirección, e-mail, fax, etc. Por favor recuerde que la información que será enviada es su información de salud privada.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
6. **Fecha de término de la autorización:** Indique cuándo su autorización terminará. Esto puede ser una fecha (“31 de diciembre del 2004”) o el acontecimiento de un evento (“cuando se toma una decisión con respecto a mi apelación”). Salvo disposición contraria esta autorización durará por un año.
- Elija y complete uno de los siguientes:
- a.  El \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AÑO
- b.  Al acontecer el siguiente evento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. **Firma y fecha: Este documento debe ser firmado y fechado.**
- Firma y Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE DERECHOS RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

**Derechos generales.** Entiendo que no estoy obligado a firmar este formulario y que una Entidad Cubierta que lo recibe no puede hacer determinaciones sobre el tratamiento, el pago o si tengo derecho o no a cobertura a base de mi decisión de firmar este formulario. Entiendo, sin embargo, que un plan de salud puede hacer determinaciones sobre la inscripción en el Plan o sobre el derecho a beneficios al recibir una autorización si el propósito de ésta es de permitir que el plan de salud obtenga la información que necesita para tomar una decisión con respecto al derecho a cobertura, inscripción, o aseguramiento (underwriting) y no se solicitan apuntes hechos por un psicoterapeuta.

**Derecho a revocar.** Entiendo que tengo el derecho a revocar esta autorización por escrito exceptuando los usos y/o divulgaciones ya hechos a base de dicha autorización. El formulario de revocación de autorización se puede obtener contactándose con el representante que aparece en el Aviso de Privacidad proporcionada por mi Plan de Salud.

**Efecto de divulgación.** Entiendo que si las personas a quienes se les revela mi información de salud no están sujetas al Reglamento de protección a la privacidad HIPAA (i.e. no son un plan de salud, proveedores de atención médica, o clearinghouse (centro distribuidor de información) de atención médica), es posible que la divulgación de información de salud ya no sea protegida por el Reglamento de protección a la privacidad HIPAA y que sea redivulgada sin mi consentimiento.

**Retención y derecho de copia.** Entiendo que una Entidad Cubierta que recibe esta Autorización debe retener una copia y se requiere que yo reciba una copia firmada también.

**Disposiciones relacionadas con los apunte hechos por un psicoterapeuta.** Entiendo que se requiere de una Autorización para cualquier uso o divulgación de los apuntes de un psicoterapeuta salvo un limitado número de situaciones relacionadas con el tratamiento, capacitación, o defensa de acciones legales según se define en 45 CFR 164.508(a)(2).

**Informaciones relacionadas con las enfermedades sexuales, el alcohol o la dependencia química.** Entiendo que si la información de salud que he autorizado para ser divulgada en la pregunta número 1 incluye informaciones referentes a los exámenes, diagnósticos o tratamientos para VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, o del uso de drogas o alcohol, autorizo así mismo la divulgación de esta información.

## **REPRESENTANTE PERSONAL**

**Es necesario responder a esta sección sólo si esta autorización ha sido completada por otra persona que no sea el individuo, sujeto de la información de salud.**

El Plan de Salud, para los efectos del Reglamento de protección a la privacidad, tratará a cualquier representante personal adecuadamente designado como si fuera el individuo mismo sin necesidad de ninguna autorización. Esto se aplicará en caso de que el individuo haya fallecido, que un representante personal haya sido designado de acuerdo con la ley pertinente, o que el individuo sea un menor de edad no independizado, y la ley estatal no prohíbe divulgaciones a un padre u otro tutor. El Plan de Salud reserva el derecho de negarse a reconocer un individuo como representante personal si es razonable creer que el individuo cuya información sería divulgada ha sido o pudiera ser expuesto a abuso, descuido o peligro por tal divulgación. La divulgación tampoco se llevará a cabo si no corresponde con la ley pertinente.

Salvo los límites impuestos por la ley estatal en cuanto al Reglamento de protección a la privacidad, ninguna autorización es necesaria para divulgar información al padre natural o tutor legal de un menor de edad no independizado.

a. Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

b. Fundamento para ser un Representante Personal (por ejemplo. padres, cumplimiento de un poder jurídico de atención médica, etc.). Adjunte una copia de cualquier documento que establece su autoridad para actuar a nombre del individuo indicado.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_