



Member Services Department 1145 Westmoreland Drive El Paso, TX 79925

**AUTORIZACION PARA EL USO Y REVELACION DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD CON CONDICIONES**

Yo \_\_\_\_\_ por medio de la presente autorizo el uso o la revelación de mi información de la salud protegida a continuación. Entiendo que la información que yo autorizo a Preferred Administrators puede ser revelada y no será protegido por regulaciones federales de privacidad.

1. Personas dentro de Preferred Administrators que pueden ser autorizadas para utilizar o hacer la revelación de la información:

\_\_\_\_\_

2. Las Personas/Organizaciones autorizadas a recibir la información:

\_\_\_\_\_

3. La descripción específica de información que se puede utilizar o puede ser revelada:

\_\_\_\_\_

4. La información que se utilizará/revelar para los propósitos siguientes:

- |   |  |
|---|--|
| a. Hacer u Obtener el Pago                                    | b. Para Actos Judiciales o Administrativos |
| c. Realizar operaciones de Asistencia Medica                  | d. Como Requerido Por la Ley               |
| e. Miembro de familia, Otro Pariente, o Amigo Cercano         | f. Contratistas                            |
| g. Programas del Gobierno que Proporcionan Beneficios Público | h. Secretaria de Salud y Servicios Humanos |
| i. Actividades del Descuido de la Salud                       | j. Investigación                           |
| k. Salud Publica  | l. Compensación de los Trabajadores        |
| m. Seria Amenaza a la Seguridad de la Salud.                  | n. La Revelación al Patrocinador del Plan  |
| o. Para Otros Propósitos Aplicación de la Ley                 |  |

5. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Preferred Administrators por escrito. Sin embargo, la revocación no será válida si:

- a. Preferred Administrators ha tomado medidas en la dependencia en esta autorización; o
- b. Si esta autorización se obtiene como condición para obtener la cobertura, otra ley proporciona al asegurador con el derecho de refutar un reclamo bajo la política de la misma.

6. He leído y comprendido la información anterior. Reconozco que al firmar esta forma yo autorizo a Preferred Administrators a tratar a mi representante autorizado como yo, a menos que se indique lo contrario en el artículo #3.

7. Esta autorización expira en \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de identificación

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Relación del miembro al representante autorizado designado

Enviar forma por correo o fax: Preferred Administrators  
P.O. Box 971370, El Paso, TX 79997  
Numero de Teléfono 915-532-3778 / Fax# 915-225-1174