



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 El Paso First puede ser revelada y no será protegido por regulaciones federales de privacidad.

1. Personas dentro de El Paso First que pueden ser autorizadas pueden 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 se utilizará/revelar para los propósitos siguientes:

1. Hacer u Obtener el Pago.
2. Realizar operaciones de Asistencia Médica.
3. Miembro de familia, Otro Pariente, o Amigo Cercano.
4. Los Programas del Gobierno que Proporcionan Beneficios Público.
5. Las Actividades del Descuido de la Salud.
6. Salud Pública.
7. Seria Amenaza a la Seguridad de la Salud.
8. Para Otros Propósitos Aplicación de la Ley.
9. Para Actos Judiciales o Administrativos.
10. Como Requerido Por la Ley.
11. Contratistas.
12. Secretaria de Salud y Servicios Humanos.
13. Investigación
14. Compensación de los Trabajadores.
15. La Revelación al Patrocinador del Plan.

5. Esta autorización expira en _____

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

- a. El Paso First 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.

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

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
Departamento de Atención al Miembro
P.O. Box 971370
El Paso, TX 79997-1370
Fax# 915-532-2286

Si usted tiene preguntas, favor de contactar a Preferred Administrators al 915-532-3778.