



Al Servicio del Programa MassHealth\*

FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL (AUTORIZACIÓN)

La fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez y vigencia que el original.

PARA:

MassHealth y DentaQuest, LLC P.O. Box 2906 Milwaukee, WI 53201-2906 O FAX: 262-834-3450

Ref.: Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ ID del Miembro \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Miembro \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo e instruyo a MassHealth y/o DentaQuest a divulgar a (nombre y número de teléfono) \_\_\_\_\_, todo y cualquier tipo de información del miembro indicado arriba, según lo designado a continuación (marque la línea que corresponda):

\_\_\_ Información de elegibilidad.

\_\_\_ Historial completo de reclamos/autorizaciones.

\_\_\_ Otros: describa la información que se solicita: \_\_\_\_\_

Envíe la información de arriba por:

\_\_\_ Correo, a la siguiente dirección: Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Fax, al siguiente número: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que cuando la persona u organización indicada arriba reciba esta información, podrán compartirla con terceros sin su autorización. Si esto sucede, las leyes federales y estatales sobre privacidad no protegerán la información.

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Firma del miembro, o representante autorizado\*

\_\_\_\_\_ Fecha de firma del formulario

Indique en letra de imprenta el nombre de la persona que firma este formulario

Número de teléfono donde se lo puede ubicar a usted

\* Autoridad de la persona que completa este formulario para actuar en representación del miembro solicitante:

Si este formulario es completado por alguien que ha sido designado por un tribunal como tutor legal o curador, o que tiene un poder legal o poder de asistencia sanitaria, se deberá adjuntar una copia del documento legal correspondiente.

Tenga en cuenta que: la autorización otorgada para divulgar información seguirá siendo válida salvo indicación específica del miembro aquí. Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_. Si en cualquier momento, en el futuro, deseara revocar esta autorización, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de DentaQuest al 800.207.5019. Si cancela esta autorización, ni MassHealth ni DentaQuest podrán retirar la información que pudieran haber divulgado previamente. Los beneficios de MassHealth no estarán condicionados al hecho de si se brindó o canceló la autorización.

\* DentaQuest, LLC es subcontratista de Dental Service of Massachusetts, Inc.