

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 Doral Dental USA, LLC ("Doral")

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 Doral 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 Doral al 800.207.4795. Si cancela esta autorización, ni MassHealth ni Doral 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.

