

Joint Benefit Trust

Autorización para el uso y/o revelar información sobre el Plan de Salud Personal

1. Nombre del Empleado: _____
a. Numero de Indentificacion del plan de salud del Empleado: _____
b. Fecha de Nacimiento del Empleado: _____
c. Direccion y Numero de Telefono del Empleado: _____

2. Nombre de la Persona: _____
a. Relacion al empleado
- Empleado
 - Conyugue
 - Hijos
 - Otros

3. Su Nombre: _____
a. Autoridad: Si usted no es la Persona en la caja 2, por favor describa su autoridad para actuar en su nombre: _____

4. Direccion para Archivos: _____

- a. Ciudad, Estado, Codigo Postal: _____

Por este medio autorizo Joint Benefit Trust a usar y/o revelar la información de salud descrita en Secciones A – E abajo.

Seccion A; Informacion de Salud Para uso y/o Revelada

Especifique la información de salud para ser publicado o utilizado, incluyendo (si aplica) el periodo o periodos de tiempo a que la información se refiere. Seleccione solo una (1) de las cajas siguientes:

_____ Reclamos y expedientes del pasado, presente o futuro

_____ Toda mi información de salud, incluyendo pero no limitado a, las fechas de servicio, tipos de servicio, información de tratamiento, radiografía, notas del proveedor u otra información, relacionados con la condición de salud siguientes: (Por favor describa).

_____ Toda mi información de salud que esta relacionado con el numero de reclamo _____, incluyendo, pero no limitado con, fechas de servicio, tipos de servicio, information de tratamiento, radiografía, y notas del proveedor u otra información.

_____ Otras (Por favor especifique): _____

Seccion B: Persona(s) Autorizada a Usar o Recibir Información.

Especifique la persona o clase de persona autorizada a usar o recibir la información de salud descrita en la seccion A: _____

Seccion C: Proposito por la cual la Informacion sera Usada o Revelada.

Especifique cada objetivo con el cual la información de salud descrita en la Seccion A puede ser usada o revelada. Seleccionar todas las casillas aplicables:

- _____ Facilitar la resolución de un conflicto de un reclamo
- _____ Como parte de mi solicitud de permiso de Familia o Medico (FMLA) o permiso del estado de familia.
- _____ Para una cobertura de la incapacidad determinación.
- _____ A Petición Mia.
- _____ Otros (Por favor especifique) _____

Seccion D: Expiracion de Autorizacion

Especifique cuando esta autorización se expira. (Proporcione una fecha o el evento relacionado con el uso o la revelacion de la información).

_____ En la fecha siguiente: _____.

_____ Tras el paso de la siguiente cantidad de tiempo: _____.

_____ A mi cancelacion de inscripción bajo el Plan.

_____ A mi regreso del permiso de familia (FMLA).

_____ Otro (Por favor especifique): _____

Sus Derechos:

- * Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento no mas debera de mandar la cancelacion por escrito a Joint Benefit Trust at 4160 Dublin Blvd., Suite 400, Dublin, CA 94568-7756.
- * Una calcelacion no se aplicara a la información que ha sido usada ya o revelada en la confianza en la Autorizacion.
- * Una vez que el información es revelado de acuerdo con la Autorizacion, puede ser revelado de nuevo por el que recibe y la información ya no sera protegida por HIPPA.
- * Puede que el plan no de condiciones de tratamiento, pagos, inscripciones o elegibilidad de beneficios si yo no lo autorizo.
- * A usted se le enviara una copia de esta Autorizacion ya firmada, si el Plan requiere la Autorizacion.

Signature

Fecha