



**FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL
(AUTORIZACIÓN)**

Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

PARA: MassHealth y DentaQuest, LLC PO BOX 2906 Milwaukee, WI 53201-2906 o FAX: 262. 834-3450

Nombre del miembro _____ ID del Miembro _____

Fecha de nacimiento del miembro _____

Por la presente nombro:

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

Relación: Familia Proveedor (NPI _____) Otro _____

como mi representante y autorizar a esta persona a actuar en mi nombre. Por medio de la presente autorizo e instruyo a DentaQuest que proporcione a esta persona toda la información solicitada, que puede incluir Información Personal de Salud, como se designa a continuación (*marque la casilla correspondiente*):

- Información de elegibilidad Historial completo de reclamaciones/autorizaciones
- Otros (describa)

Esta información médica puede ser utilizada por las personas a las que autorizo a recibir esta información para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos, u otros fines que yo pueda indicar.

Tenga en cuenta que cuando la persona u organización mencionada anteriormente recibe esta información, es posible que pueda compartirla con otros sin su permiso. Si lo hacen, es posible que las leyes federales y estatales de privacidad no protejan la información.

Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización.

Autorizado por: _____
(Firma del miembro o representante autorizado*)

(Fecha del formulario firmado)

Imprima el nombre de la persona que firma
este formulario (su número de teléfono)

Número de teléfono donde se lo
puede ubicar a usted

*Autoridad de la persona que presenta este formulario para actuar en nombre del miembro:

Si este formulario está siendo llenado por alguien que ha sido designado por un tribunal como tutor legal o curador, o que tiene poder notarial o poder de atención médica, **se debe adjuntar** una copia del documento legalaplicable.

Tenga en cuenta: el permiso otorgado para divulgar información seguirá siendo válido durante un año a partir de la fecha firmada. Puede especificar una hora menor aquí. Fecha de vencimiento: _____ También puede revocar esta autorización en cualquier momento poniéndose en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de DentaQuest. Si cancela este permiso, DentaQuest no podrá recuperar ninguna información que pueda haber compartido anteriormente.