

**Autorización para la revelación de su información médica protegida**

Esta autorización es voluntaria

**Información del suscriptor (Escriba con letra de imprenta)**

<b>Fecha:</b> _____	<b>ID del suscriptor:</b> _____
<b>Nombre:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____
<b>Dirección:</b> _____	<b>Teléfono:</b> _____
_____	<b>Dirección electrónica (Email):</b> _____

**Autorizo y dirijo a Davis Vision, Inc. y a sus afiliadas a que provean y divulguen información del seguro de atención a la visión con referencia a la persona indicada anteriormente.**

**Información a divulgar:**

<input type="checkbox"/>	Proveedores participantes a la atención a la visión
<input type="checkbox"/>	Información sobre beneficios, normas y procedimientos
<input type="checkbox"/>	Información sobre reclamaciones de atención a la visión
<input type="checkbox"/>	Información sobre el repaso de reclamaciones de atención a la visión
<input type="checkbox"/>	Información sobre los requisitos
<input type="checkbox"/>	Otra _____

**Objetivo de la revelación:**

<input type="checkbox"/>	Para proveer información a un familiar o amigo
<input type="checkbox"/>	Es necesaria para un asunto legal
<input type="checkbox"/>	Otro _____

**Persona(s) u organización(organizaciones) que recibirá(n) la información identificada:**

Nombre:	_____
Dirección:	_____
Ciudad, estado, código postal:	_____
Nombre:	_____
Dirección:	_____
Ciudad, estado, código postal:	_____
Nombre:	_____
Dirección:	_____
Ciudad, estado, código postal:	_____

**Mi información médica protegida es información sobre mí, la cual incluye información como mi nombre y dirección o información médica o todas ellas. La información se usó o creó cuando recibí atención a la visión o cuando se recibió un pago para mi atención a la visión. La información puede incluir atención o una condición de la visión pasada, presente o futura.**

**Tengo entendido que si las personas u organizaciones a las que autorizo a recibir o a usar o ambos la información médica protegida descrita anteriormente no están sujeta a las leyes federales sobre privacidad de información médica, pueden revelar más extensamente la información médica protegida y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales sobre la privacidad de información médica.**

**Tengo entendido que al autorizar el uso y revelación de mi "información médica protegida" no constituye una condición para inscribirme en el plan Davis Vision Care, los requisitos que tengo que cumplir para recibir beneficios o el pago de mis reclamaciones.**

**Caducidad:** Esta autorización caducará el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o en caso de que ocurra el siguiente incidente:  
\_\_\_\_\_

**Derecho a la revocación:** Esta autorización se puede revocar en cualquier momento. Para obtener más instrucciones, contacte la oficina a cargo de la privacidad (Privacy Office) de Davis Vision al 1-800-571-3366. La revocación de esta autorización no afectará ninguna acción realizada antes de que Davis Vision, Inc. recibiera la notificación de revocación.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
(Persona que concede la autorización)

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre del titular, llene lo siguiente:

**Nombre del representante personal:** \_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de imprenta)

**Descripción de la autoridad del representante personal:** \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, GUARDE UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN FIRMADA PARA SU EXPEDIENTE**

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Antes de llenar el formulario de autorización, tenga la bondad de leer las instrucciones. La información que indique se utilizará para satisfacer su solicitud de revelar su información médica protegida e identificar a la(s) persona(s) que recibirá(n) la información sobre usted. A fin de que podamos procesar esta solicitud, se deben llenar todas las secciones obligatorias del formulario. Si no indica la información obligatoria, no revelaremos la información médica protegida. En ciertas circunstancias, la ley exige una autorización por escrito para que se pueda revelar su información médica protegida a una tercera parte especificada por la persona.

**Sección 1 – Información del suscriptor (obligatoria)**

Esta sección se debe llenar con la información específica de la persona. Se debe indicar un número o dirección de contacto en caso de que sea necesario obtener información adicional o aclaraciones.

**Sección 2 – Concesión de autorización/especificación de la información a revelar (obligatoria)**

Seleccione la clase de información médica protegida a revelar. Si ha marcado OTRA, especifique la información que desea revelar.

**Sección 3 – Objetivo de la revelación (obligatorio)**

Seleccione el objetivo de esta autorización para revelar información médica protegida. Si ha marcado OTRA, especifique la razón de la autorización.

**Sección 4 – Asignar al(a los) destinatario(s) (obligatorio)**

Identifique a la persona a la que se entregará la información solicitada.

**Sección 5 – Información importante (obligatoria)**

Tenga la bondad de leer esta sección con atención.

**Sección 6 – Caducidad/Revocación de una autorización (obligatoria)**

Debe indicar una fecha o evento que produciría la caducidad de esta autorización. Una vez haya caducado la autorización, la persona que ha estado recibiendo su información ya no podrá seguir recibéndola. Si la caducidad de esta autorización se debe a un evento, tenga la bondad de indicar el evento en el espacio que se provee.

**Sección 7 – Firmas y representantes personales (obligatorio)**

La persona cuya información se revela, debe firmar y poner la fecha en el espacio que se provee. Si su representante personal llena este formulario, él o ella debe incluir su nombre y la relación que tiene con usted. (p. ej. un apoderado, guardián, albacea, padre o madre de un niño menor, etc.)

**Tenga la bondad de devolver el formulario de autorización lleno a la siguiente dirección:**

**Davis Vision – Privacy Office  
PO Box 1416  
Latham, NY 12110-1416  
Teléfono: 1-800-571-3366  
Fax: 1-866-999-4640**