



**AUTORIZACION DE LOS AFILIADOS  
PARA REVELAR INFORMACION SOBRE LA SALUD**

Por medio del presente documento autorizo el uso o revelación de mi información individual identificable sobre la salud, tal como se describe a continuación. Tengo por entendido que la información la cual permito que una persona o entidad reciba bajo mi autorización puede volver a ser revelada y ya no está protegida por las leyes federales sobre la privacidad.

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_

**1. Persona(s)/organización(organizaciones) autorizada(s) a utilizar o revelar dicha información:**

Persona(s)/organización(organizaciones): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Persona(s)/organización(organizaciones) autorizada(s) a recibir dicha información:**

Persona(s)/organización(organizaciones): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**3. Descripción específica de la información que puede ser utilizada/revelada:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Esta información puede ser utilizada/revelada para los siguientes fines:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Tengo por entendido que esta autorización es voluntaria y que tengo el derecho a revocar dicha autorización. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación escrita a:**

Persona(s)/organización(organizaciones): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**6. Tengo por entendido que la revocación no será aplicable a la información que ya haya sido emitida en respuesta a esta autorización. Tengo por entendido que la revocación no será aplicable a mi seguro cuando la ley le proporciona a mi asegurador el derecho de disputar un reclamo bajo mi póliza.**

A no ser que haya sido revocada, esta autorización vencerá de esta forma:

Fecha: \_\_\_\_\_ Q

Evento: \_\_\_\_\_

**7. Tengo por entendido que se me entregará una copia de este formulario de autorización luego de firmarlo.**

Firma del afiliado o representante legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Si fue firmado por un representante legal: \_\_\_\_\_

Imprimir el nombre

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

***AVISO IMPORTANTE:***

**Para que este formulario tenga validez, el mismo debe llenarse por completo. Si tiene cualquier pregunta sobre este formulario o sobre cómo llenarlo, sírvase contactar a –**

*CompBenefits*  
*Attn: Privacy Officer*  
*100 Mansell Court East, Suite 400*  
*Roswell, GA 30076*  
*(770) 998-8936*

[PrivacyOfficer@CompBenefits.com](mailto:PrivacyOfficer@CompBenefits.com)

**Si desea revocar su autorización, por favor presente su solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad a la dirección indicada arriba.**