



Formulario de autorización para divulgar información médica protegida

Complete este formulario para permitir que Delta Dental comparta su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) con la persona o entidad que usted elija. Delta Dental incluye Delta Dental of Iowa y Veratrus Benefit Solutions, Inc.

Miembro que otorga permiso a Delta Dental:

Nombre: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Número de identificación de Delta Dental, número de identificación de Medicaid o número de Seguro Social: _____

Nombre del grupo (si corresponde): _____

Si tiene otra cobertura de Delta Dental, proporcione la siguiente información:

Nombre del otro grupo: _____

Número de identificación de Delta Dental o número de identificación de Medicaid: _____

¿Esta solicitud se aplica a toda la cobertura de Delta Dental?

- Sí
- No

¿Quién puede usar o compartir su PHI?: Delta Dental

Persona o entidad que puede obtener su PHI:

Nombre de la persona/entidad: _____

Dirección, ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Su relación con la persona o entidad: _____

PHI que se compartirá:

Díganos qué información desea compartir. Puede elegir compartir solo ciertos detalles. Por ejemplo:

- Reclamaciones: _____
- Elegibilidad/beneficios: _____
- Información sobre primas y pagos: _____
- Otro: _____

¿Por qué comparte esta PHI?:

Describa los motivos para compartir esta información. Si no quiere decir por qué, puede marcar la casilla que dice "A mi solicitud".

- A mi solicitud
- Motivos (describa): _____



CADUCIDAD: puede elegir una fecha o evento en el que vencerá esta autorización. Puede cambiarlo o cancelarlo en cualquier momento.

Este permiso para compartir mi información dura hasta el _____/_____/_____
Mes Día Año

O

Después de que ocurra el evento descrito a continuación. El evento debe ser sobre la persona o el motivo para compartir la información. Por ejemplo, el formulario puede terminar cuando finaliza el tratamiento, se suspende el seguro o finaliza una demanda:

Si no nos da una fecha de vencimiento o un evento, este formulario vencerá automáticamente un año después de que Delta Dental reciba su formulario completo con toda la información necesaria.

Información importante:

- Este aviso y formulario le indica cómo se puede usar o divulgar su PHI. Léalo.
- Si falta algo, Delta Dental devolverá el formulario. No podemos procesarlo hasta que esté completo.
- No tiene que permitirnos usar o compartir su información.
- No tiene que firmar este formulario. Sus servicios y beneficios no cambiarán si no firma.
- Delta Dental no puede decidir su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios en función de si firma este formulario, a menos que la ley indique que podemos hacerlo.
- Debe completar un nuevo formulario si cambia de grupo o sus beneficios cambian a otro plan de Delta Dental.
- Es posible que su información no esté protegida por la ley cuando la comparta. Es posible que la persona o entidad con la que la comparte no tenga que cumplir con las leyes de privacidad. Si no han firmado un acuerdo con usted, Delta Dental u otra parte, es posible que su PHI no esté segura. Podrían compartir esta información con otras personas.
- Este formulario solo le permite a Delta Dental compartir la información que usted autoriza. No compartiremos otra información médica o dental.
- Existen protecciones especiales para los registros de abuso de alcohol y drogas, y los registros de salud mental. Los requisitos federales conforme a la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) y el Capítulo 228 del Código de Iowa protegen estos registros. Delta



** Si un tutor legal firma en nombre de una persona, debe proporcionarnos una copia de la designación de tutor legal junto con este formulario. Un padre o cónyuge puede firmar en nombre de una persona de 18 años o más solo si la persona ha completado un formulario de Designación de representante personal para Delta Dental. Puede encontrar el formulario de Designación de representante personal de Delta Dental en nuestro sitio web: <https://www.deltadentalia.com/resources/member-forms/>.

Delta Dental cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Para revisar nuestra declaración de no discriminación completa, visite <http://www.deltadentalia.com/nondiscrimination>.

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETADO A:

Delta Dental of Iowa
P. O. Box 9020
Johnston, Iowa 50131
Fax: 888-264-1440

SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA:

Teléfono: 1-800-544-0718

A continuación, se incluye una lista de términos o palabras que se mencionaron en este formulario para intentar proporcionar más claridad sobre el significado o la definición de esas palabras. Si aún no está seguro de lo que significa un término o palabra en este formulario, comuníquese con el número que figura arriba.

| Palabra | Definición/significado |
|---|---|
| Autorización: | El permiso otorgado por el miembro para usar o compartir su información médica protegida. |
| Orden judicial: | Un documento legal emitido por un tribunal que requiere que una persona haga o no haga algo. |
| Delta Dental of Iowa: | Esta es la compañía dental que brinda servicios dentales a sus miembros. Trabaja con Medicaid de Iowa para proporcionar servicios dentales a miembros que tienen cobertura a través de los programas de Medicaid, como el Dental Wellness Plan o Hawki. |
| Número de identificación de Delta Dental: | Un identificador único asignado a un miembro por Delta Dental. |
| Albacea del patrimonio: | Una persona designada para administrar el patrimonio de una persona fallecida. |
| Número de identificación de Medicaid: | Un identificador único asignado a las personas inscritas en Medicaid. El número de identificación de Medicaid se encuentra en el Dental Wellness Plan del miembro o en la tarjeta de Hawki y tendrá 7 números con 1 letra al final, como 1234567A. |
| Representante personal: | Alguien que tiene autoridad legal para tomar decisiones sobre sus beneficios de atención médica, solicitar su información médica y ejercer todos sus derechos en virtud de su plan de Delta Dental, incluida la apelación de reclamaciones. |
| Poder notarial: | Un documento legal que permite que alguien actúe en su nombre. |
| Información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés): | Cualquier información que Delta Dental tenga que pueda identificarlo, como su fecha de nacimiento o ID de miembro, e información sobre su salud y el pago de su atención médica. |
| Veratrus Benefit Solutions, Inc.: | Es una compañía que forma parte de Delta Dental of Iowa y brinda servicios de la vista a sus miembros. |