

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 Dental solo puede compartir esta información con el consentimiento específico por escrito del paciente o cuando lo permita la ley o las regulaciones. Esta

autorización general no permite que Delta Dental comparta esta información. Esta información no puede utilizarse para investigar penalmente a un paciente. Esta información no puede usarse para enjuiciar por drogas o alcohol.

- Delta Dental no tendrá responsabilidad alguna cuando divulgue o use su PHI de acuerdo con este formulario.
- Puede cambiar o cancelar esta solicitud en cualquier momento mediante el envío de una solicitud por escrito a:
Delta Dental of Iowa
Dental Wellness Plan
P. O. Box 9040
Johnston, Iowa 50131
Fax: 888-264-0195
- Su derecho a cancelar *no* se aplicará en las siguientes situaciones:
 - Cualquier acción que Delta Dental haya tomado en función de su solicitud antes de que Delta Dental recibiera la solicitud de cancelación.
 - Si Delta Dental obtuvo la Exención como condición para que usted obtenga cobertura de seguro y alguna ley le otorga a Delta Dental el derecho de impugnar una reclamación en virtud de la póliza o la póliza en sí.
- *Recibirá una copia de esta autorización. Guárdela para sus registros. Delta Dental también conservará una copia. Podemos darle otra copia si la solicita.*

FIRMA DE LA PERSONA, REPRESENTANTE PERSONAL* O PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL:**

He leído este formulario. Al firmar, confirmo que permito que mi información médica protegida se use o comparta según lo descrito en este formulario.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
Mes Día Año

Nombre, en letra de imprenta: _____

* Si un **representante personal** firma esta solicitud:

- Describa la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro en este formulario. Por ejemplo, el representante personal podría ser el tutor legal del miembro: _____
- Para completar su solicitud, necesitamos documentación que indique que el representante personal puede tomar estas decisiones. Algunos ejemplos podrían ser un poder notarial, una orden judicial o un documento de albacea de patrimonio. Si aún no ha completado un formulario de Designación de representante personal, adjunte un formulario completo y cualquier documento que demuestre su autoridad. Puede obtener una copia del formulario llamando al Servicio al Cliente de Delta Dental al 1-888-472-2793.

** 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 de DWP: <https://www.deltadentalia.com/dwp/about-dwp/resources--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
Dental Wellness Plan
P. O. Box 9040
Johnston, Iowa 50131
Fax: 888-264-0195

SI TIENE PREGUNTAS O NECESITA AYUDA:

Teléfono: 1-888-472-2793

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.