

Dental Wellness Plan

Designación de representante personal y autorización para divulgar información médica protegida

Este formulario se utiliza para autorizar a Delta Dental of Iowa a divulgar información médica protegida, a solicitud de la persona.

Persona que autoriza la divulgación

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nro. de identificación de DWP: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Proporciónela solo si desea recibir mensajes de correo electrónico)

Designación de representante personal

Designo a la persona que se nombra a continuación para que actúe en mi nombre como mi representante personal autorizado con Delta Dental of Iowa en relación con lo siguiente: (Marque todas las casillas de las opciones que desee agregar)

- Todas mis reclamaciones o consultas sobre beneficios dentales en la fecha de entrada en vigencia de esta designación o con posterioridad.
- Mis consultas y reclamaciones sobre beneficios dentales con las siguientes fechas de servicio (especifique las fechas a continuación).

- Todas las consultas y reclamaciones sobre beneficios dentales para los siguientes dependientes menores (especifique los nombres a continuación).

- Mi apelación de servicios o reclamaciones con las fechas del: (especifique la fecha) _____

Representante personal

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nro. de identificación de DWP: _____

Dirección de correo electrónico: _____

(Proporciónela solo si desea recibir mensajes de correo electrónico)

Fecha de entrada en vigencia: Esta designación de un representante personal autorizado y autorización para divulgar información entrará en vigencia en el momento en que Delta Dental of Iowa reciba un ejemplar original de este formulario debidamente completado y firmado, o una copia exacta, en la dirección que se especifica a continuación.

Caducidad: La presente designación y autorización caducará 30 días después de la finalización de mis beneficios dentales o con la resolución de las reclamaciones que hayan surgido durante la cobertura, a menos que sea revocada o que se indique a continuación un evento o una fecha anterior.

- El ___/___/___ (fecha) O
- Al ocurrir el siguiente evento (que debe estar relacionado con la persona o con el propósito del uso y/o la divulgación que se autoriza):

Derecho a revocar: Comprendo que puedo revocar la presente designación y autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito de mi revocación a Delta Dental of Iowa a la dirección que se indica a continuación. Entiendo que la revocación de esta designación y autorización *no* afectará ninguna medida que usted haya tomado en función de esta designación y autorización antes de recibir mi notificación por escrito de revocación.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Información médica protegida que se divulgará: Autorizo a Delta Dental of Iowa a divulgar la información médica protegida que se describe en este formulario al representante personal autorizado designado.

Esta autorización incluirá y se aplicará a toda la información médica protegida relacionada con tratamientos en los que la persona haya solicitado una restricción y/o para cualquier servicio o artículo de atención médica por el cual se le haya pagado el monto total de bolsillo al proveedor de atención médica/dentista.

Efecto del otorgamiento de esta autorización: Entiendo que en caso de que la persona o entidad que reciba la información solicitada no esté amparada por las leyes de privacidad federales o estatales, la información descrita anteriormente podría ser divulgada a terceros y dejaría de estar protegida por la ley.

Prohibición de divulgación posterior: Este formulario no autoriza la divulgación de información médica/dental que no se encuentren dentro de los límites de la autorización. En los casos en que se divulgue información obtenida de los registros protegidos por la ley federal sobre registros de abuso de alcohol/drogas, o por las leyes estatales sobre registros de salud mental, las disposiciones federales (Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2) y estatales (Capítulo 228 del Código de Iowa) prohíben cualquier divulgación adicional sin la autorización por escrito específica del paciente, o según lo autoricen dichas leyes y/o regulaciones. NO es suficiente una autorización general para la divulgación de información médica/dental o de otro tipo para este propósito. Las normas federales restringen cualquier uso de la información dirigido a la investigación o acusación penal de cualquier paciente que esté sometido a tratamientos por abuso de alcohol o de drogas.

Sin condiciones: Esta autorización es voluntaria. Delta Dental of Iowa no condiciona su inscripción en un plan de salud, su elegibilidad para obtener beneficios o el pago de reclamaciones a la presentación de esta autorización.

He tenido oportunidad suficiente para leer y reflexionar sobre el contenido de la presente designación de representante personal y autorización y entiendo que, al firmar este formulario, confirmo que autorizo la divulgación de mi información médica protegida, según se establece en el presente formulario.

Firma: _____
Firma de la persona (o tutor legal, si corresponde)

Fecha: ____/____/____
Firma y fecha obligatorias

Nombre en letra imprenta del tutor legal, si corresponde*

**Si un tutor legal firma en nombre de una persona, este formulario debe estar acompañado por una copia de la designación del tutor.*

CONSERVE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS. Envíe el formulario completado y firmado a la siguiente dirección:

Delta Dental of Iowa
P.O. Box 9040
Johnston, IA 50131

Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame al 1-888-472-2793.

Aviso federal requerido de no discriminación y accesibilidad

Delta Dental of Iowa cumple con las leyes sobre los derechos civiles federales vigentes y no discrimina en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Para revisar nuestro aviso de no discriminación completo, visite www.deltadentalia.com/nondiscrimination.

Delta Dental of Iowa ofrece servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés. Además, Delta Dental ofrece servicios gratuitos a las personas con discapacidades, como asistencia auxiliar, comunicación por escrito en otros formatos, como impresión grande, audio u otros formatos. Si necesita estos servicios, llame al 1-888-472-2793. Las personas con dificultades auditivas (TYY) deben llamar al 1-888-287-7312.

Servicio de acceso a idiomas

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre Delta Dental of Iowa, tiene el derecho de recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-472-2793.

Arabic –

إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة بخصوص Delta Dental of Iowa فليدك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم اتصل بـ 1-888-472-2793.

Chinese – 如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Delta Dental of Iowa 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請致電 1-888-472-2793

French – Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions à propos de Delta Dental of Iowa, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 1-888-472-2793.

German – Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zum Delta Dental of Iowa haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-888-472-2793 an.

Hindi – यदि आपके, या आप द्वारा सहायता किए जा रहे किसी व्यक्ति के Delta Dental of Iowa के बारे में प्रश्न हैं, तो आपके पास अपनी भाषा में मुफ्त में सहायता और सूचना प्राप्त करने का अधिकार है। किसी दुभाषिण से बात करने के लिए 1-888-472-2793 पर कॉल करें।

Karen – မှတ်တမ်း ပုဂ္ဂလိကလူမှုဝန်ထမ်းတို့၊ မှတ်တမ်းတင်သူများသည် Delta Dental of Iowa နှင့် ဆက်သွယ်ရာတွင် တာဝန်ယူလျာနာကိစ္စများကို တာဝန်ယူကျိပ်လျာ နှုတ်ပြန်ပေးရန် လိုအပ်ပါသည်။ လာနက်ကတိတ်တိတ် ပုဂ္ဂလိကကျိပ်ထံတော်ဆက်၊ ကိစ္စ 1-888-472-2793 တွင်။

Korean – 만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Delta Dental of Iowa에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담 없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-888-472-2793로 전화하십시오.

Laotian – ຖ້າທ່ານ ຫຼືຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Delta Dental of Iowa, ທ່ານມີສິດທີ່ຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອໂອ້ນລັກບັນຍາຍພາສາ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-888-472-2793.

Pennsylvania Dutch: Wann du hoscht en Froog, odder ebber, wu du helpscht, hot en Froog baut Delta Dental of Iowa, hoscht du es Recht fer Hilf un Information in deinre eegne Schprooch grieve, un die Hilf koschtet nix. Wann du mit me Interpreter schwetze witt, kannscht du 1-888-472-2793 uffrufe.

Russian – Если у вас или лица, которому вы помогаете, имеются вопросы по поводу Delta Dental of Iowa, то вы имеете право на бесплатное получение помощи и информации на вашем языке. Для разговора с переводчиком позвоните по телефону 1-888-472-2793.

Serbo-Croatian – Ukoliko Vi ili neko kome Vi pomažete ima pitanje o Delta Dental of Iowa, imate pravo da besplatno dobijete pomoć i informacije na Vašem jeziku. Da biste razgovarali sa prevodiocem, nazovite 1-888-472-2793.

Spanish – Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Delta Dental of Iowa, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-888-472-2793.

Tagalog – Kung ikaw, o ang iyong tinutulongan, ay may mga katanungan tungkol sa Delta Dental of Iowa, may karapatan ka na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-888-472-2793.

Thai – หากคุณ หรือคนที่คุณกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับ Delta Dental of Iowa คุณมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและข้อมูลในภาษาของคุณได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย พูดคุยกับล่าม โทร 1-888-472-2793

Vietnamese – Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Delta Dental of Iowa, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-888-472-2793.