



Employee Benefit Trust
HIPAA Autorización para el uso o divulgación de Información de Salud Protegida

Esta autorización, a menos que limitado por debajo o posteriormente revocada, concede a Christian Brothers Services Employee Benefit Trust (CBEBT) el derecho para usar o divulgar información médica personal incluyendo cualquier diagnóstico o tratamiento de salud mental, abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual, cáncer o enfermedad genética.

Por favor complete todo el formulario y volver a CBEBT, 1205 Windham Parkway, Romeoville, IL 60446-1679 o por fax al 630-378-3005.

Individuo de quien la informacion debe ser revelada

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Numero de ID (tal como aparezca en su tarjeta medica) _____

Nombre de la persona(s) a quien se puede revelar la informacion

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Informacion que debe revelarse

- Expediente medico completo
Expediente medico completo por servicios dictado en o despues de la fecha siguiente:
Solamente la siguiente informacion médica. Describir Especificamente la informacion para ser usada o divulgada, incluyendo pero no limitando a, descriptores significativos como fecha de servicio, tipo de servicio, nivel de detalle que se publicara, origen de la informacion, etc.

Confirmación de los Derechos de Privacidad

- Yo entiendo que:
La revocación no es efectiva en la medida en que las partes que figuran en esta autorización se han basado en el uso o divulgación de la Información protegida de la salud antes de la fecha de recepción de la revocación.
Que la información usada o revelada en conforme de la presente autorización podrán ser objeto de re-revelación por parte del beneficiario y no podrá estar protegida por la ley federal o estatal; y
Mis proveedores de cuidados médicos y planes de salud pueden no condicionar mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si corresponde) si proporciono la autorización para solicitar el uso o divulgación.
Yo entiendo que tengo el derecho de:
Inspeccionar o copiar la información de salud protegida para ser usada o divulgada como esta permitido por las leyes federales o estatales.
Revocar la autorización por escrito en cualquier momento.
Negarme a firmar la autorización.

Firma de divulgación solicitante individual (o Representante Personal) Fecha
Si Representante Personal, por favor adjuntar la documentación correspondiente.

Si es menor de edad, escriba el nombre del suscriptor primario

Descripción de la autoridad del Representante Personal, si procede