



Envíe el formulario completado por correo o por fax a:

UnitedHealthcare P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769 1-888-950-1170

Autorización para compartir información de salud personal

El propósito de este formulario es autorizar a UnitedHealthcare Insurance Company (UHIC) a compartir su información de salud personal con una persona u organización de confianza que usted indique a continuación. Llene y firme el formulario. Sus beneficios de salud no se verán afectados si no firma este formulario.

Información del miembro (obligatorio)
Nombre completo SISFREDO ACEVEDO VAZOUEZ
Dirección 134 HIddEN IAKE 100P
Ciudad HAINES CITY Estado FL Código postal 33844
ID del miembro 126019199-00 Fecha de nacimiento 11/21/1928
Número de teléfono <u> </u>
Dirección de correo electrónico (opcional) <u>dellavina surfava @ Cuail. COM</u>
¿Con quién quiere compartir esta información? (obligatorio)
Nombre/entidad BELLANIDA A SINTANA
Dirección 134 flldden lake 100b
Ciudad HALWES CITY Estado FC Código postal 33844
Marque la casilla si desea que esta persona u organización reciban copias de las cartas que le enviemos.

Su autorización (obligatorio)

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) protege la información de salud personal (Personal Health Information, PHI).

Al firmar este formulario, usted acepta lo siguiente: UnitedHealthcare Insurance Company (UHIC) y sus compañías relacionadas están autorizadas a divulgar mi información de salud personal a la persona u organización que se menciona en la sección anterior. Los registros pueden contener información sobre cuidado o servicios médicos específicos que recibí. También pueden contener información creada por otros. La información puede incluir registros médicos, de reclamos o de beneficios.

	registro	la casilla si autoriza nciales de reclamos. relacionado con sal le alcohol o sustanci	. Un registro cor ud mental, exán	fidencial de rec lenes genético	clamo puede se	er un l o físico,
Firme aquí		Galo a	reed	F	echa <u>9/4/</u> 3	2023
	Marque i formulari	la casilla y llene la se io como representar	ección Informac nte legal.	ón del Repres	entante Legal s	i firma este
tirme el	tormulai	olamente puede firn rio. Este testigo no p salud personal del n	buede ser la per	será necesario sona u organiz	o que un testigo ación que recit	o también oirá la
Testigo Firme a					Fecha	
Inform	ación (del Representa	nte Legal			
legal si	aún no e	puede firmar este f mulario por el miem stá en los registros d ne el derecho legal d	formulario, un rendero. Incluya un de United Health	epresentante le a copia del pod	der del represe	ntanto
Nombr	e comple	eto				
Direcci	ón					

			•
Ciudad	EstadoCódigo	postal	
Número de teléfono			

¿Cuánto tiempo dura esta autorización?

Su autorización dura mientras usted esté inscrito en el plan o hasta que usted la dé por finalizada, lo que ocurra primero. Para dar por finalizada su autorización, envíe una solicitud escrita a:

UnitedHealthcare P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769

Asegúrese de que su solicitud esté firmada y fechada y conserve una copia para sus archivos.

¿Qué le ocurrirá a mi información de salud después de que UnitedHealthcare la comparta?

No podemos controlar lo que ocurrirá con su información después de que la compartamos con la persona u organización que usted nombre en este formulario. A partir de ese momento, es posible que su información deje de estar protegida por la HIPAA o las leyes de privacidad federales, y podría compartirse con otras personas.

¿Tiene preguntas?

Llame al Departamento de Servicio al Cliente al número gratuito 1-866-842-4968, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de oct a mar; de lunes a viernes, de abr a sept.