



**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 (UHC) 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 SIGFREDO ACEVEDO VAZQUEZ
Dirección 134 HIDDEN LAKE LOOP
Ciudad HAWES CITY Estado FL Código postal 33844
ID del miembro 126019199-00 Fecha de nacimiento 11/21/1928
Número de teléfono 779-707-8501
Dirección de correo electrónico (opcional) BELLANIRASANTANA@GMAIL.COM

¿Con quién quiere compartir esta información? (obligatorio)

Nombre/entidad BELLANIRA A SANTANA
Dirección 134 HIDDEN LAKE LOOP
Ciudad HAWES CITY Estado FL 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 (UHC) 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.

- ☒ Marque la casilla si autoriza la publicación y la divulgación de registros confidenciales de reclamos. Un registro confidencial de reclamo puede ser un registro relacionado con salud mental, exámenes genéticos, abuso sexual o físico, abuso de alcohol o sustancias, o VIH/SIDA.

Firme
aquí

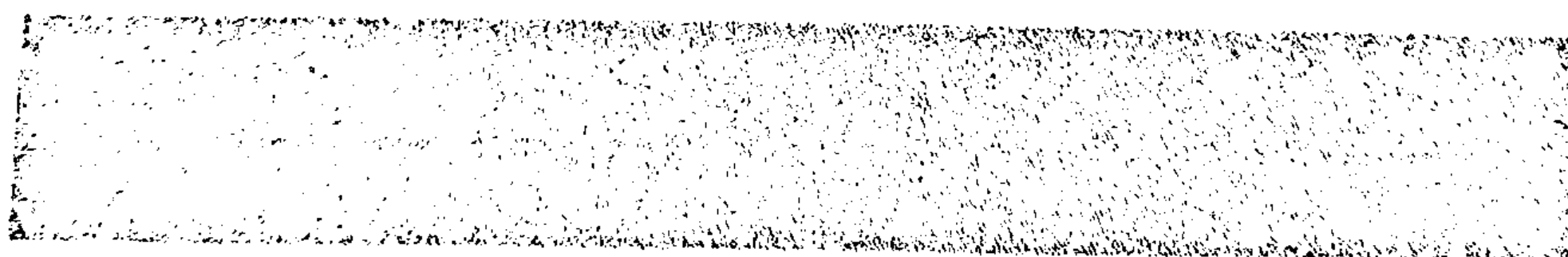


Fecha 9/4/2023

- ☐ Marque la casilla y llene la sección Información del Representante Legal si firma este formulario como representante legal.

Si el miembro solamente puede firmar con una "X", será necesario que un testigo también firme el formulario. Este testigo no puede ser la persona u organización que recibirá la información de salud personal del miembro.

Testigo
Firme aquí



Fecha _____

Información del Representante Legal

Si el miembro no puede firmar este formulario, un representante legal puede firmar, llenar y entregar este formulario por el miembro. Incluya una copia del poder del representante legal si aún no está en los registros de UnitedHealthcare. Un representante legal es una persona que tiene el derecho legal de firmar por el miembro.

Nombre completo _____

Dirección _____