



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PLAN PARTICIPANTE

### Sección A: información de participante del Plan

Para fines de este formulario de autorización, "Caremark" significa Caremark Rx, Inc. y sus empresas filiales

Nombre del participante plan:

Plan participante fecha de nacimiento:

Dirección:

Número de teléfono:

Número de ID del titular principal:

La dirección de correo electrónico:

Número de Seguridad Social Plan participante:

### Sección B: información acerca de mí puede ser utilizada o R:

La información Personal de salud acerca de mí que podrán ser utilizados o divulgada incluye, pero no está limitada a, cualquier información mantenida por CVS/Caremark durante cualquier período de tiempo sobre mí:

- Tratamiento de los proveedores de cuidado (farmacias, prescripción de los médicos, etc.);
  - Registros de medicamentos recetados (nombres de fármacos, dispensadores de fechas, costos, etc.);
  - Información demográfica (dirección, etc.); y
  - Información de elegibilidad (fechas de cobertura, deducibles, etc.).
- Otra información específica: \_\_\_\_\_

### Sección C: fin

Esta autorización se hace a petición mía. OR

Other purpose: \_\_\_\_\_

Persona o entidad autorizada para recibir y utilizar la información personal de salud acerca de mí:

Nombre:

Número de teléfono:

Dirección:

Relación a mí:

### Sección D: caducidad y revocación:

Esta autorización caducará automáticamente: (1) un año después \_\_\_\_\_ [fecha] O (2) si no se especifica ninguna fecha en (1), un año después de la terminación de mi participación en una farmacia beneficio plan o drogas tarjeta de descuentos, según corresponda, administradas por CVS Caremark.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero que mi revocación no aplicará a cualquier acción que CVS Caremark ya ha tomado en la dependencia de esta autorización antes que recibo de mi revocación. Entiendo que para revocar esta autorización, debo enviar una notificación por escrito de revocación al contacto de CVS Caremark enumerados a continuación:

**Información de contacto:** CVS Caremark  
Attn: Research Department  
P.O. Box 6590  
Lees Summit, MO 64064

### Sección E: firma / autorización:

Entiendo que la información utilizada o revelada de conformidad con la presente autorización puede ser re-disclosed por el destinatario y ya no puede ser protegida por la ley federal de privacidad. Reconozco que mi consentimiento es voluntario. Entiendo que CVS Caremark podrá condicionar no cualquier tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios si firmo este formulario. He tenido plena oportunidad de leer y examinar el contenido de esta forma de autorización. Entiendo que al firmar este formulario, estoy autorizando CVS Caremark a utilizar o revelar información de salud personal, tal como se describe en la sección b supra a la persona o entidad nombrada en la sección C para los fines descritos anteriormente.

Firma:

Fecha:

Nota: Si firmado por alguien que no sea el participante plan mencionadas, describa su autoridad legal para actuar en nombre de los participantes del plan y, en su caso, adjuntar documentación de apoyo legal.

**POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN FIRMADO A LA PERSONA DE CONTACTO FIGURAN EN LA SECCIÓN D. USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLO**