



Department of Health Care Policy & Financing

AUTHORIZATION TO DISCLOSE INFORMATION (AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION)

Para permitirle a una TERCERA PERSONA de tener acceso a Información de Salud Protegida

INFORMACION DEL CLEINTE:

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de ID del Cliente, o # del Seguro Social: _____
Usado con el proposito de verificación de identidad

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____

El Departamento de Políticas y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado esta autorizado para revelar mi Información de Salud Protegida como se especifica a continuación:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Organización: _____

Domicilio, Ciudad, Estado, Código Postal: _____

INFORMATION QUE SE PROPORCIONARA:

- Información relacionada a los beneficios de elegibilidad – incluyendo información localizada en el Sistema Administrativo de Beneficios de Colorado (CBMS)
- Información relacionada a reclamo, pago, o falta de pago por el tratamiento del cuidado de salud
- Opciones de cuidado de salud, asistencia del servicio al cliente
- Otro: _____
- Para un periodo de tiempo específico – De: _____ Hasta: _____

PROPOSITO O NECESIDAD PARA LA PETICION DE INFORMACION: (Si prefiere no poner un proposito, por favor especifique "A petición del individuo")

VENCIMIENTO DE AUTORIZACION: Esta Autorización se vencerá dentro de un año de la fecha firmada abajo, a menos que otra fecha o evento se especifique.



Department of Health Care Policy & Financing

DECLARACIONES REQUERIDAS:

Yo entiendo que la información proporcionada basada en la Autorización se podrá volver a revelar a otro persona o entidad por el representante autorizado, y el Departamento de Salud y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado no tiene ningún tipo de control de las revelaciones adicionales y no podrá proteger la información una vez que haya sido liberada de acuerdo a la Autorización.

Yo entiendo que puede revocar la Autorización en cualquier momento por una petición escrita y enviarlo al domicilio de abajo. Yo entiendo que cualquier revocación solo se podrá aplicar a futuras revelaciones o acciones de revelación de mi información y no puede cancelar acciones tomadas o revelaciones tomadas mientras la autorización estuvo en efecto.

Yo entiendo que el Departamento de Políticas y Finanzas del Cuidado de la Salud de Colorado no puede condicionar mi tratamiento para el cuidado de mi salud o el pago, o mi inscripción o elegibilidad para beneficios por el hecho de ejecutar esta Autorización.

Yo certifico que esta petición ha sido hecha voluntariamente y que la información que se dio es exacta según lo mejor de mi conocimiento. Copia de la ejecución de la Autorización esta en efecto como la original.

Firma del Cliente: _____ **Fecha:** _____

El padre o Guardián Legal puede firmar por un niño menor.

Guardián Legal, persona con Poder Notarial, o equivalente puede firmar en nombre de un adulto – documentación será requerida.

Regrese la Forma Completada: Privacy Officer, Colorado Department of Health Care Policy & Financing
303 E. 17th Avenue, Denver, CO 80203, Fax: (303) 866-4411