

**SECCIÓN 1: Información del miembro**

Apellido del miembro:	Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento del miembro:	
Dirección del miembro:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del miembro:	Número de identificación del miembro (consulte la tarjeta de identificación de LIBERTY):		

**SECCIÓN 2: Persona o empresa autorizada para recibir la PHI**

<b>Autorizo a la persona o empresa mencionada a continuación para recibir mi información personal:</b>			
Nombre de la persona (nombre y apellido):		Nombre de la empresa (si aplica):	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Relación con el miembro (familiar, corredor de seguros, proveedor, abogado)			
Razón para compartir:			

**SECCIÓN 3: Información del miembro que se divulgará**

<b>Autorizo que la persona o empresa mencionada anteriormente tenga acceso a:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Toda mi información</b> (como registros dentales, reclamos e información sobre elegibilidad, finanzas y facturación, beneficios, mi dentista/consultorio dental, autorizaciones de tratamiento previo y derivaciones, etc.)
<b>O, solo los siguientes tipos de información (marque todas las opciones que correspondan):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Información de elegibilidad</li> <li><input type="checkbox"/> Registros dentales (incluidas las radiografías)</li> <li><input type="checkbox"/> Información de asignación de consultorio dental/proveedor</li> <li><input type="checkbox"/> Información financiera y de facturación</li> <li><input type="checkbox"/> Autorizaciones de tratamiento previo y derivaciones</li> <li><input type="checkbox"/> Reclamos</li> <li><input type="checkbox"/> Beneficios</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</li> </ul>

**SECCIÓN 4: Fecha de finalización de la autorización**

<b>A menos que solicite cancelar mi autorización, esta autorización finalizará el (Seleccione una opción) – si la autorización está en blanco vencerá en dos (2) años</b>
<input type="checkbox"/> Dos (2) años a partir de la fecha de la firma
<input type="checkbox"/> En: _____

**SECCIÓN 5: Acuse de recibo y firma**

Al firmar a continuación, autorizo a LIBERTY Dental Plan y/o sus afiliados o designados a divulgar los tipos de información identificados en la Sección 3 a la persona o empresa identificada anteriormente en la Sección 2.

También, al firmar a continuación, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- He revisado completamente este Formulario de Autorización del Miembro (el "Formulario"). Entiendo lo que se indica en este formulario. Acepto estos términos por voluntad propia.
- **Esta autorización tiene el único propósito de crear la PHI para que sea divulgada a la persona o empresa mencionada en la Sección 2. Al negarse a firmar este Formulario, la persona o empresa mencionada en la Sección 2 no podrá recibir mi PHI.**
- Sé que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a LIBERTY Dental Plan a la siguiente información de contacto. La cancelación de mi autorización no cambiará ninguna acción que ya se haya realizado ni información que se haya dado antes de que LIBERTY Dental Plan reciba mi notificación por escrito.
- También entiendo que la información brindada a la persona o empresa mencionada en la Sección 2 podría ser divulgada por dicha persona o empresa y que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y/ u otras leyes de privacidad ya no pueden proteger esta información.
- Reconozco que puedo acceder al Aviso de Prácticas de Privacidad de LIBERTY Dental Plan en línea en [www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY/Compliance/HIPAA-Privacy-Notice.aspx](http://www.libertydentalplan.com/About-LIBERTY/Compliance/HIPAA-Privacy-Notice.aspx).
- Entiendo que autorizar la divulgación de mi información es voluntario, LIBERTY Dental Plan y/o sus afiliados o designados no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios en función de si firmo el Formulario.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de este Formulario previa solicitud.

Firma del miembro (debe tener 18 años o más):	Nombre del miembro en letra de imprenta:	Fecha:
Firma del padre, madre o tutor legal (si el miembro tiene 17 años o menos):	Nombre del padre, madre o tutor legal en letra imprenta:	Fecha:

**Este formulario debe estar firmado por el miembro, O, por una persona con el derecho legal de actuar en nombre del miembro (tutor legal, abogado, apoderado, etc.).**

**Si el formulario lo envía alguien que no es el Miembro, proporcione una descripción y respaldo para la autorización para actuar en nombre del miembro).**

<b>Envíe el formulario completo a:</b>	
1730 Flight Way Suite 125, Tustin, CA 92782	O por fax: (888) 704-9930
O por correo electrónico a <a href="mailto:Eligibility@libertydentalplan.com">Eligibility@libertydentalplan.com</a>	