



## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Usted puede dar autorización escrita a Compass Health Administrators para revelar su información protegida de salud (IPS) a cualquier persona que usted designe y para cualquier propósito. Si desea autorizar a una persona o entidad para que reciba su IPS cuando se lo soliciten, por favor proporcione la siguiente información. El completar este formulario no es una condición o requisito de cobertura y no cambiará la forma en que los administradores de Compass Health se comunican con usted. Por ejemplo, continuaremos enviándole la explicación de beneficios (EOB), sin embargo, si la(s) persona(s) autorizada(s) por usted a continuación llama para preguntar sobre usted, su PHI no será compartida con ellos a menos que usted haya dado permiso a los administradores de Compass Health al completar este formulario.

### Información Protegida de Salud solicitada para:

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Autorizo a Compass Health Administrators para revelar mi Información Protegida de Salud a la(s) persona(s) mencionada(s) a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a Compass Health Administrators a revelar la siguiente Información Protegida de Salud:

- Toda la información sobre mi salud en relación con mis beneficios médicos.
- Solo la siguiente información: \_\_\_\_\_

Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en base a esta autorización. Si revoco mi autorización, la información descrita anteriormente ya no podrá ser utilizada o divulgada para el propósito descrito en esta autorización. **A menos que sea revocada antes, esta autorización expirará en el primer (1) año a partir de la fecha de la firma o el \_\_\_\_\_.**

Firma del Paciente o del Representante  
Legal del Paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre impreso (de no ser el  
paciente, se requiere constancia de  
autorización: \_\_\_\_\_

Fecha de  
firma: \_\_\_\_\_  
Relación  
con el  
paciente: \_\_\_\_\_