

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido del Miembro	Primer nombre del Miembro	Fecha de nacimiento del Miembro ____ / ____ / ____	
Domicilio del Miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico del Miembro	Número de identificación del Miembro (ver tarjeta de identificación)		

SECCIÓN 2: INDIVIDUO O EMPRESA AUTORIZADA PARA RECIBIR INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**Autorizo al individuo o empresa mencionada a continuación a recibir mi información:**

Nombre del individuo (nombre y apellido)	Nombre de la empresa (si corresponde)		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Vínculo con el Miembro (por ejemplo: padre/madre, cónyuge, pareja doméstica, hijo adulto, agente de seguros, abogado, etc.)			
Propósito de la divulgación			

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO A DIVULGARSE**Autorizo al individuo o empresa mencionada en la Sección 2 a recibir información mía de los siguientes tipos:**

- Toda mi información** (incluidos, a mero título enunciativo, los registros dentales, los reclamos e información relacionada a elegibilidad, finanzas y facturas, beneficios, asignaciones del proveedor/consultorio, autorizaciones previas al tratamiento y derivaciones a especialistas, etc.)
- Solo información mía de los siguientes tipos** (marcar todas las que correspondan)
- Información de elegibilidad
 - Beneficios
 - Reclamos
 - Registros dentales (incluidas las radiografías)
 - Información de asignaciones del proveedor/consultorio
 - Autorizaciones previas al tratamiento y derivaciones a especialistas
 - Información financiera y de facturación
 - Otra (por favor, especifique): _____

SECCIÓN 4: VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN

A menos que revoque mi autorización de conformidad con los procedimientos establecidos en la Sección 5, mi autorización vencerá en la fecha más temprana de las siguientes:

- Un (1) año después de la fecha de mi firma en la Sección 5 _____ / _____ / _____

SECCIÓN 5: ACEPTACIÓN Y FIRMA

Al firmar a continuación, autorizo mediante el presente a LIBERTY Dental Plan y/o a sus socios o designados a divulgar los tipos de información detallados en la Sección 3 al individuo o empresa nombrada en la Sección 2. Además, con mi firma, reconozco y acepto lo siguiente:

He revisado la totalidad de este Formulario de Autorización del Miembro (el "Formulario") y entiendo los contenidos de este Formulario. Mi autorización se otorga de forma voluntaria, y entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito con mi revocación a LIBERTY Dental Plan al (888) 703-6999, pero que dicha revocación de mi autorización no tendrá efecto alguno sobre ninguna medida que ya haya sido tomada o sobre información que ya se haya divulgado antes de que LIBERTY Dental Plan reciba la revocación por escrito. Entiendo también que la información divulgada al individuo o empresa nombrada en la Sección 2 podría volver a ser divulgada por ese individuo o empresa y que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud y/o las leyes de confidencialidad no podrán proteger dicha información.

Firma del Miembro	Nombre en imprenta	Fecha ____ / ____ / ____
-------------------	--------------------	-----------------------------

POR FAVOR, ENVIAR FORMULARIO COMPLETO A:

LIBERTY Dental Plan
340 Commerce, Suite 100
Irvine, CA 92602

o
por FAX al
949-270-0101