

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:	
<input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> Solo información mía de los siguientes tipos (marcar todas las que correspondan) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Información de elegibilidad <input type="checkbox"/> Beneficios <input type="checkbox"/> Reclamos <input type="checkbox"/> Registros dentales (incluidas las radiografías) <input type="checkbox"/> Información de asignaciones del proveedor/consultorio <input type="checkbox"/> Autorizaciones previas al tratamiento y derivaciones a especialistas <input type="checkbox"/> Información financiera y de facturación <input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Dos (2) años después de la fecha de mi firma en la Sección 5	<input type="checkbox"/> la fecha mas temprana de: <input type="checkbox"/> ____ / ____ / ____

SECCIÓN 5: ACEPTACIÓN Y FIRMA		
<p>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:</p> <p>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.</p>		
Firma del <u>Miembro</u> (debe tener 18 años o más)	Nombre del <u>miembro</u> en imprenta	Fecha ____ / ____ / ____
Firma de <u>padre</u> (si el miembro es menor de edad / 17 años o menos)	Nombre de <u>padre</u> 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