



P.O. Box 4000 • Collegeville, PA 19426-9000 • Número de Teléfono: (610) 293-9229  
Fax: (610)293-9299 • www.acitpa.com

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD QUE ES NECESARIO PARA AYUDAR CON LA DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE UN RECLAMO SOMETIDO A LA SEGURANZA.**

Yo autorizo a que Adminstrative Concepts obtenga y divulgue mi información de salud protegida y que comparta la información a las personas indicadas abajo, para el propósito de ayudar en procesar los reclamos.

**La información que puede ser usado o divulgada incluye:**

- Nombre, dirección y especialidad médica del proveedor (requerido)
- La diagnosis médica (opcional)
- Las fechas del servicio (requerido)
- Los servicios rendidos (opcional)
- El costo del servicio (requerido)
- Medicamentos (opcional)

**La persona o clase de personas a quienes la información puede ser divulgada:**

- El personal del Centro de Salud de la universidad
- El personal de la Oficina de Asuntos del Estudiante
- Empleador
- Representante de la Asociación
- Un individuo específico (Provee el nombre): \_\_\_\_\_

Tengo entendido que la información privada de salud referente a mí, lo cual está nombrado *Información Protegida de Salud*, definido por la Ley de Privacidad del *Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA)*; y,

si la persona o entidad que reciba la información no es un plan de salud, centro de intercambio de información de salud, o proveedor de servicio para la salud, definido por la Ley de Privacidad, la información puede ser divulgada por el recipiente y entonces no será protegida por los leyes federales o estatales; y,

tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento notificando Administrative Concepts, Inc. por escrito. Sin embargo, si lo hago, mi revocación no afectará a las acciones tomado por Adminstrative Concepts, Inc, antes de haber recibido mi revocación; y,

tengo el derecho de negar a firmar esta autorización y tengo entendido que mi denegación no afectará a mi tratamiento, pagos, cobertura, o elegibilidad en la seguridad.

**Esta autorización expira 365 días después de haberlo firmado**, o la fecha en que Adminstrative Concepts responde a la petición para el estado del reclamo.

**Nombre del asegurado(a):** \_\_\_\_\_  
**Número de ID o Número de Seguro Social:** \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**El/La Reclamante:**  Yo  Otro (Provee el nombre e indica la relación con el/la asegurado(a))

\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o un Representante Autorizado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Indica su relación al Paciente:** \_\_\_\_\_