



Delta Dental of Illinois Autorización para la entrega de información

Al firmar este formulario en la Sección F que sigue, autorizo a Delta Dental of Illinois a entregar mi información médica individualmente identificada como se describe en la Sección B a la persona o entidad nombrada en la Sección C que sigue. Entiendo que esta autorización es voluntaria, que puedo obtener una copia de este formulario y que puedo cancelarla en cualquier momento presentando mi cancelación por escrito a Delta Dental of Illinois.

Por favor, complete la información en todas las secciones.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN INDIVIDUAL

| | | |
|-------------------------------------|--|----------------------|
| Nombre del individuo | Fecha de nacimiento __/__/__ | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono () | Número de ident. | |

SECCIÓN B: DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN A SER ENTREGADA, INCLUYENDO LAS FECHAS

SECCIÓN C: NOMBRE DE LAS PERSONAS U ORGANIZACIÓN AUTORIZADA A RECIBIR LA INFORMACIÓN

Nombre del individuo

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

()

Entiendo que una vez que se entregue la información a las personas designadas indicadas más arriba, según esta autorización, podría dejar de estar protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

SECCIÓN D: DESCRIPCIÓN DEL PROPÓSITO DE LA ENTREGA

A pedido del individuo u

Otra _____

SECCIÓN E: FECHA O EVENTO DE VENCIMIENTO

Esta autorización para entregar información como se indica en la presente vencerá el:

___/___/___ (mes/día/año)

Iniciales _____

El vencimiento de mi plan dental grupal de Delta Dental of Illinois

Iniciales _____

Entiendo que tengo el derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento según se detalla en la Notificación de privacidad de Delta Dental of Illinois. También entiendo que mi cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida que Delta Dental of Illinois haya tomado, ni a ninguna información que ya haya sido entregada, basado en esta autorización antes de que Delta Dental of Illinois haya recibido en realidad mi pedido de cancelación.

SECCIÓN F: FIRMA DEL INDIVIDUO Y FECHA

Firma del individuo o representante del individuo

Fecha de nacimiento

Nombre escrito con letra de molde del representante personal del individuo

Relación con el individuo, incluyendo autoridad o estatus o representante

DEVOLVER EL FORMULARIO COMPLETADO DE AUTORIZACIÓN A:

Compliance Department
Delta Dental of Illinois
111 Shuman Boulevard
Naperville, IL 60563

Fax: (630) 983-4107
Correo electrónico: compliance@deltadentalil.com