

**\* \* \* EL FORMULARIO SE DEBE COMPLETAR ANTES DE FIRMAR \* \* \***

## **AUTORIZACIÓN PARA USAR O ENTREGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD**

**(1) ¿QUÉ INFORMACIÓN** está solicitando que entreguemos? (Sea específico; por ejemplo, “reclamos quiroprácticos y datos sobre mis pagos para el año 2003”.)

---

---

**(2) ¿A QUIÉN** autoriza para entregar esta información solicitada? (Por ejemplo, “personal de Landmark Healthplan of California, Inc., y sus afiliados”.)

---

---

**(3) ¿A QUIÉN** tenemos autorizado entregar esta información? (Nombre u otro dato de identificación específico de las personas o entidades o clase de personas o entidades autorizadas a recibir esta información. **INCLUYA LA DIRECCIÓN.**)

---

---

**(4) ¿CUÁL ES EL MOTIVO** por el que desea que se entregue esta información?

---

---

**(5) FECHA DE VENCIMIENTO (o condición de vencimiento)** de esta autorización (por ejemplo, “hasta que venza mi cobertura con Landmark Healthplan of California, Inc., o sus afiliados”):

---

---

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la persona encargada de temas de privacidad de Landmark por escrito. Mi solicitud de cancelar esta autorización no tendrá ningún efecto en la información ya entregada.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi decisión de no firmar no afectará a mi aptitud para recibir beneficios. Tampoco afectará a mi capacidad para obtener tratamiento o pagos.

Entiendo que una vez que Landmark entregue información sobre mi persona, si la persona que la recibe no debe apegarse a las normativas federales de privacidad, la privacidad de la información sobre mi persona puede ya no estar protegida. Por lo tanto, deslindo a Landmark y a sus empleados de toda responsabilidad por la entrega de información sobre mi salud.

Si autorizo la entrega de información sobre mi salud para fines comerciales, entiendo que Landmark puede recibir pagos de un asociado comercial debidamente autorizado como resultado del uso o la entrega de esta información.

Acepto que mi firma enviada por fax o fotocopiada será tan válida como la original.

---

**(6)** Firma del miembro o del representante legal del miembro\*

---

**(7)** SSN o ID médica del asegurado

---

**(8)** Nombre del miembro en letra de imprenta

---

**(9)** Número telefónico del miembro o del representante legal

---

**(10)** Nombre del representante legal en letra de imprenta  
(si corresponde)

---

**(11)** Fecha

\* *Adjunte una copia del documento que valida a esta persona como el representante legal.*

**SE ENTREGARÁ UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO AL MIEMBRO  
Landmark Healthplan of California, Inc. • 2629 Townsgate Rd Suite 235 Westlake  
Village, CA 91361**