

**Fundación Internacional de Capacitación y Educación en Albañilería
Beneficio por incapacidad por maternidad**

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFORME A LA HIPAA

(Nombre)	(Segundo nombre)	(Apellido) del paciente	N.º de Seguridad Social
Dirección			Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Yo, o mi representante autorizado, solicitamos que la información médica relacionada con mi atención y tratamiento se divulgue como se establece en este formulario. De acuerdo con la Regla de Privacidad de la Responsabilidad y Transferibilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA), 42 USC 290dd-2 y sus reglamentos de implementación en 42 CFR Parte 2, entiendo lo siguiente:

Por la presente, doy permiso y autorizo a cualquier proveedor de atención médica, incluidos, entre otros, cualquier profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro centro o servicio médicamente relacionado; plan de salud; profesional de rehabilitación; evaluador profesional; y el empleador que tenga información sobre mi salud, mi historial de empleo u otros reclamos y beneficios de seguros, para revelar toda esta información a las personas que administran y evalúan los reclamos para Amalgamated Employee Benefits Administrators (AEBA), incluida la Amalgamated Medical Care Management (AMCM), una filial de los Amalgamated Employee Benefits Administrators.

Información genética: NOTA PARA TODOS LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA: La Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 (Genetic Information Nondiscrimination Act, GINA) prohíbe que los empleadores y otras entidades cubiertas por el Título II de la GINA soliciten o exijan información genética de un individuo o miembro de la familia del individuo, excepto según lo permitido específicamente por esta ley. Para cumplir con dicha ley, le pedimos que no proporcione ninguna información genética, según lo define la GINA, al responder a esta solicitud de información médica.

Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con: Abuso de alcohol y drogas, tratamiento de salud mental, excepto notas de psicoterapia e información confidencial relacionadas con el VIH, solo si pongo mis iniciales en el elemento correspondiente, a continuación. En el caso de que la información de salud descrita a continuación incluya alguno de estos tipos de información, y pongo mis iniciales en la línea de la casilla del punto siguiente, autorizo específicamente la divulgación de dicha información a Amalgamated Employee Benefits Administrators (AEBA), incluida Amalgamated Medical Care Management (AMCM), una filial de Amalgamated Employee Benefits Administrators.

IMPORTANTE: complete las casillas de verificación a continuación, incluso si las categorías no se aplican necesariamente a los registros médicos del paciente.

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Qué hacer | <input type="checkbox"/> Qué no hacer | desea que se divulgue información sobre salud mental | _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Qué hacer | <input type="checkbox"/> Qué no hacer | desea que se divulgue información sobre pruebas de VIH e información relacionada | _____ (inicial) |
| <input type="checkbox"/> Qué hacer | <input type="checkbox"/> Qué no hacer | desea que se divulgue información sobre el abuso de alcohol o sustancias | _____ (inicial) |

Si autorizo la divulgación de información relacionada con el tratamiento del VIH, el alcohol o las drogas o el tratamiento de salud mental, el destinatario tiene prohibido volver a divulgar dicha información sin mi autorización, a menos que lo permita la ley federal o estatal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de personas que pueden recibir o usar mi información relacionada con el VIH sin autorización.

Entiendo que cualquier información que AEBA o AMCM obtengan, de conformidad con esta autorización se utilizará para evaluar y administrar mi(s) reclamo(s) de beneficios por discapacidad. Además, entiendo que los destinatarios autorizados de mi información médica pueden, en ciertos casos, tener derecho a volver a divulgar mi documentación médica sin necesidad de obtener mi consentimiento adicional por escrito. Entiendo que tales divulgaciones pueden ya no estar protegidas por la ley federal o estatal.

Entiendo que firmar esta autorización es voluntario. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a mi autorización de esta divulgación. Sin embargo, si no autorizo la divulgación de mi información médica, es posible que Amalgamated Employee Benefits Administrators no pueda procesar mi reclamo.

Tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, mediante notificación por escrito de la revocación, a Amalgamated Employee Benefits Administrators. Soy consciente de que mi revocación no será efectiva hasta que la reciba Amalgamated Employee Benefits Administrators y no será efectiva en lo que respecta a los usos o divulgaciones de mi "Información" que se hayan hecho antes de recibir mi revocación. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha a continuación o la duración de mi reclamo, lo que sea más corto. Una copia fotográfica o electrónica de esta autorización es tan válida como el original. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización no autoriza a mi proveedor médico a discutir mi información de salud o mi caso médico con nadie más que AEBA o AMCM.

_____	_____
Firma del paciente o representante autorizado por la ley	Fecha
Si no es el paciente: Firmé en nombre del paciente, como _____ (relación).	
Si se trata de un poder de representación, tutor o curador, adjunte una copia del documento de autorización.	