



**Después de completar este formulario,  
favor de enviarlo a:**

Oficial de privacidad  
Servicios legales de KDHE  
1000 SW Jackson, Ste 560  
Topeka, KS 66612

**Con respecto a:**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_  
ID del Cliente o Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

**Autorización para la Divulgación de Información Protegida de Salud  
Favor de completar TODOS los espacios en blanco**

Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo el uso y divulgación de mi información de salud como se describe en esta autorización.

1. Persona/organización específica (o clase de personas) autorizada para proporcionar la información:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Persona/organización específica (o clase de personas) autorizada para recibir y utilizar la información:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Descripción específica y significativa de la información:  
Favor de describir la información que usted desea que DHCF y DCF divulguen, por ejemplo:  
  
Información escrita, electrónica y oral relacionada con la elegibilidad para beneficios dentro del periodo de tiempo comenzando en la fecha \_\_\_\_\_ y continuando hasta la fecha \_\_\_\_\_.

Información escrita, electrónica y oral incluyendo reclamaciones, informes y otros documentos relacionados con las reclamaciones de beneficios por una lesión o enfermedad comenzando en la fecha \_\_\_\_\_ y continuando hasta la fecha.

Información escrita, electrónica y oral relacionada con el pago o falta de pago de beneficios de \_\_\_\_\_ por servicios prestados en la fecha \_\_\_\_\_.

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Propósito de la solicitud:  
Favor de indicar el propósito de la solicitud a continuación. (Por ejemplo, discutir mis beneficios con el personal de Administración de Beneficios para que yo pueda comprender mejor mis beneficios). Si usted no desea indicar un propósito, favor de indicar "A petición del individuo".

---

---

5. Derecho a revocar: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento al notificar a la persona/organización indicada arriba en el número 1, por escrito a \_\_\_\_\_. Entiendo que cualquier utilización o divulgación realizada bajo esta autorización antes de la revocación no se verá afectada por dicha revocación.

6. Entiendo que después de divulgar esta información, la ley federal podría no protegerla y el destinatario podría divulgarla de nuevo.

7. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

8. Entiendo que esta autorización se vencerá el \_\_\_\_\_ (poner la fecha de vencimiento. Si no se pone una fecha de vencimiento, la autorización se vencerá en 12 meses a partir de la fecha indicada en número 9).

9. DHCF no condicionará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios del plan de salud a recepción de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si un Representante Personal firma este formulario, dicho Representante garantiza que él/ella tiene la autorización para firmar el formulario basándose en:

---

---

---

*Esta autorización refleja los requisitos de 45 CFR § 164.508 (14 de Agosto de 2002).*