

Authorization to Release Protected Health Information

A. INDIVIDUAL WHOSE INFORMATION IS TO BE RELEASED		
Member Name (First, Middle & Last)	Date of Birth ____/____/____ (MM/DD/YYYY)	
Phone	Primary Subscriber Name (if different)	Member ID Number
I, or my authorized representative, authorize <u>Delta Dental of Arizona</u> to release my personal and health information as described in this authorization.		

B. TYPE OF INFORMATION DELTA DENTAL OF ARIZONA MAY RELEASE
<p>Check one: <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Dental & Vision</p> <p>Check one:</p> <p><input type="checkbox"/> My health information relating to the following treatment or condition: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Most recent _____ years of health record(s)</p> <p><input type="checkbox"/> My health records for the following date(s): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Entire health record (for dental and/or vision as checked above)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Exclude my health information related to drug and/or alcohol abuse</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Exclude my health information related to HIV/AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Other information to be used or disclosed (describe in detail): _____</p>

C. RECIPIENT OF INFORMATION	
Individual/Entity Name	Phone
Street Address	Fax
City, State, Zip	Email
I understand that my protected health information may be subject to re-disclosure by the recipient and is no longer protected by the privacy regulations issued pursuant to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).	

D. PURPOSE OF AUTHORIZATION
<p>Check one:</p> <p><input type="checkbox"/> At my request</p> <p><input type="checkbox"/> Other (explain) _____</p>

E. EXPIRATION DATE OF AUTHORIZATION
<p>Check one: (If I fail to list an expiration date or event below, this authorization will expire 1 year from the date signed.)</p> <p><input type="checkbox"/> Upon termination of my coverage</p> <p><input type="checkbox"/> On the following date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> On the following event: _____</p>

F. SIGNATURE OF INDIVIDUAL WHOSE INFORMATION IS TO BE RELEASED	
<p>_____ Signature</p> <p style="margin-left: 400px;">_____ (MM/DD/YYYY)</p> <p>If a personal representative is signing this authorization, please complete the Name of Personal Representative and Relationship boxes below, and submit proof of authority with this form. A parent or legal guardian may sign for a minor (under the age of 18).</p>	
Name of Personal Representative	Relationship
<p>I understand that this authorization is voluntary, and that Delta Dental of Arizona does not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether I sign this authorization. I understand I have the right to revoke this authorization. I understand that my request to revoke this authorization must be made in writing, and mailed to the address below.</p> <p>Return completed form to: Delta Dental of Arizona, Attn: Compliance, 5656 W. Talavi Blvd., Glendale, AZ 85306</p>	

Autorización para divulgar información médica protegida

A. PERSONA CUYA INFORMACIÓN SE VA A DIVULGAR		
Nombre del miembro (primer, segundo, apellidos)		Fecha de nacimiento ____/____/____ (MM/DD/AAAA)
Teléfono	Nombre del suscriptor principal (si es diferente)	Número de identificación del miembro
Yo, o mi representante autorizado, autorizo a <u>Delta Dental of Arizona</u> a divulgar mi información personal y de salud como se describe en esta autorización.		

B. TIPO DE INFORMACIÓN QUE DELTA DENTAL DE ARIZONA PUEDE DIVULGAR
Marque una: <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Dental y Visión Marque una: <input type="checkbox"/> Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o condición: _____ <input type="checkbox"/> Últimos _____ años de registro(s) de salud <input type="checkbox"/> Mis registros médicos para la(s) fecha(s) siguiente(s): _____ <input type="checkbox"/> Registro médico completo (para odontología y/o visión como se ha indicado anteriormente) <input type="checkbox"/> Excluir mi información de salud relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol <input type="checkbox"/> Excluir mi información de salud relacionada con el VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Otra información que se utilizará o divulgará (describa en detalle): _____

C. DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN	
Nombre de entidad/individuo	Teléfono
Dirección	Fax
Ciudad, Estado, código postal	Correo electrónico
Entiendo que mi información médica protegida puede estar sujeta a ser subsiguientemente divulgada por el receptor y no estará protegida por las regulaciones de privacidad emitidas de conformidad con la ley federal de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (en inglés, HIPAA).	

D. OBJETO DE LA AUTORIZACIÓN
Marque una: <input type="checkbox"/> A mi petición <input type="checkbox"/> Otro (explicar) _____

E. FECHA DE CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN
Marque una: (Si no aparece una fecha de caducidad o evento a continuación, la presente autorización caducará 1 año a partir de la fecha de la firma.) <input type="checkbox"/> A la terminación de mi cobertura <input type="checkbox"/> En la siguiente fecha: _____ <input type="checkbox"/> En el siguiente evento: _____

F. FIRMA DE LA PERSONA CUYA INFORMACIÓN SE VA A DIVULGAR	
_____	____/____/____ (MM/DD/AAAA)
Si un representante personal está firmando esta autorización, favor de completar la sección a continuación con el nombre del representante personal y relación a la persona e incluir la prueba de dicha autoridad con este formulario. Un progenitor o tutor legal puede firmar por un menor de 18 años.	
Nombre del representante personal	Relación
Entiendo que la presente autorización es voluntaria y que Delta Dental de Arizona no condiciona el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a base de que yo firme esta autorización. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización. Entiendo que mi solicitud para revocar esta autorización debe ser hecha por escrito y enviada por correo a la dirección a continuación.	
Devuelva el formulario completado a: Delta Dental of Arizona, Attn: Compliance, 5656 W. Talavi Blvd., Glendale, AZ 85306	