DELTA DENTAL

Delta Dental of Arizona

Authorization to Release Protected Health Information: Group Policy Members

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 Delta Dental of Arizona to release my personal and health information as described in this authorization.

B. TYPE OF INFORMATION DELTA DENTAL OF ARIZONA MAY RELEASE

Check one: ☐ Dental ☐ Vision ☐ Dental & Vision

Check one:

☐ My health information relating to the following treatment or condition:_____

☐ Most recent _____ years of health record(s)

☐ My health records for the following date(s):_____

☐ Entire health record (for dental and/or vision as checked above)

- ☐ Exclude my health information related to drug and/or alcohol abuse
- ☐ Exclude my health information related to HIV/AIDS

☐ Other information to be used or disclosed (describe in detail):_____

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

Check one:

☐ At my request

☐ Other (explain) _____

E. EXPIRATION DATE OF AUTHORIZATION

I understand that unless this authorization is revoked earlier, it will expire 1 year from the date signed.

F. SIGNATURE OF INDIVIDUAL WHOSE INFORMATION IS TO BE RELEASED

_____ Signature

_____/_____/_____ (MM/DD/YYYY)

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).

Name of Personal Representative	Relationship

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.

Return completed form to: Delta Dental of Arizona, Attn: Compliance, 5656 W. Talavi Blvd., Glendale, AZ 85306

DELTA DENTAL

Delta Dental of Arizona

Autorización para divulgar información médica protegida: miembros con póliza de grupo

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 Delta Dental of Arizona 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: ☐ Dental ☐ Visión ☐ Dental y Visión

Marque una:

☐ Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o condición:_____

☐ Últimos_____años de registro(s) de salud

☐ Mis registros médicos para la(s) fecha(s) siguiente(s):_____

☐ Registro médico completo (para odontología y/o visión como se ha indicado anteriormente)

- ☐ Excluir mi información de salud relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol
- ☐ Excluir mi información de salud relacionada con el VIH/SIDA

☐ Otra información que se utilizará o divulgará (describa en detalle):_____

C. DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Nombre de entidad/individuo		Phone
Dirección		Fax
Ciudad, Estado, código postal	Correo electrónico	

Entiendo que mi información de salud protegida puede estar sujeta a la nueva divulgación 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:

☐ A mi petición

☐ Otro (explicar) _____

E. FECHA DE CADUCIDAD DE LA AUTORIZACIÓN

Entiendo que la presente autorización caducará un año a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada antes.

F. FIRMA DE LA PERSONA CUYA INFORMACIÓN SE VA A DIVULGAR

_____ Firma

_____/_____/_____ (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