

## 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<br><br>____/____/____<br>(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 &amp; 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   |
|---|
| 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   |              |
|--|--------------|
| <p style="text-align: center;">_____<br/>Signature</p> <p style="text-align: right;">_____<br/>(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><b>Return completed form to:</b> Delta Dental of Arizona, Attn: Compliance, 14850 N. Scottsdale Rd., Suite 400, Scottsdale, AZ 85254</p> |              |

## 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<br>____/____/____<br>(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<br>.....<br>Marque una:<br><input type="checkbox"/> Mi información de salud relacionada con el siguiente tratamiento o condición: _____<br><input type="checkbox"/> Últimos _____ años de registro(s) de salud<br><input type="checkbox"/> Mis registros médicos para la(s) fecha(s) siguiente(s): _____<br><input type="checkbox"/> Registro médico completo (para odontología y/o visión como se ha indicado anteriormente)<br><input type="checkbox"/> Excluir mi información de salud relacionada con el abuso de drogas y/o alcohol<br><input type="checkbox"/> Excluir mi información de salud relacionada con el VIH/SIDA<br><input type="checkbox"/> 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:<br><input type="checkbox"/> A mi petición<br><input type="checkbox"/> 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  |                                |
|---|--------------------------------|
| _____   | ____/____/____<br>(MM/DD/AAAA) |
| Firma   |                                |
| 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. |                                |
| <b>Devuelva el formulario completado a:</b> Delta Dental of Arizona, Attn: Compliance, 14850 N. Scottsdale Rd., Suite 400, Scottsdale, AZ 85254   |                                |