

Authorization to Release Protected Health Information: Individual 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 <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
Check one: <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Dental & Vision
Check one:
<input type="checkbox"/> My health information relating to the following treatment or condition: _____
<input type="checkbox"/> Most recent _____ years of health record(s)
<input type="checkbox"/> My health records for the following date(s): _____
<input type="checkbox"/> Entire health record (for dental and/or vision as checked above)
<input type="checkbox"/> Exclude my health information related to drug and/or alcohol abuse
<input type="checkbox"/> Exclude my health information related to HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> 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:
<input type="checkbox"/> At my request
<input type="checkbox"/> 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: Individual Product Unit, PO Box 1950, Indianapolis, IN 46206	

Autorización para divulgar información médica protegida: miembros con póliza individual

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	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: <input type="checkbox"/> A mi petición <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	
_____	____/____/____ (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.	
Devuelva el formulario completado a: Delta Dental of Arizona, Attn: Individual Product Unit, PO Box 1950, Indianapolis, IN 46206	