

# Autorización para divulgar Información de Salud Protegida

Recuerde: EMI Health no divulgará su información de salud personal (PHI, por sus siglas en inglés) a ninguna persona, excepto para fines de tratamiento, pago o operaciones de atención médica, sin su consentimiento expreso.

## Información de identificación del asegurado y de los dependientes

Nombre del asegurado	Número de Seguro Social del asegurado		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Fecha de nacimiento del asegurado		
Firma del asegurado o del representante legal	Si es firmado por un representante legal, indique su relación con el asegurado		Fecha

Nombre del miembro/dependiente	Firma del miembro/dependiente o del representante legal	Relación del representante legal con el miembro/dependiente	Fecha
1.			
2.			
3.			
4.			

Fecha de vencimiento de esta autorización: \_\_\_\_\_ o evento de vencimiento: \_\_\_\_\_

Si no indica una fecha de vencimiento o un evento de vencimiento, esta Autorización vencerá seis meses después de la terminación de su inscripción en su plan de salud o hasta que sea revocada por escrito, según se describe a continuación.

Nombre de la persona o entidad a quien se divulgará la información: \_\_\_\_\_

Propósito de la divulgación: Para asistencia con el pago o el procesamiento de reclamaciones  
Otro \_\_\_\_\_

Descripción específica de la información que se utilizará o divulgará (incluidas las fechas):  
\_\_\_\_\_

EMI.COMP.PHI-AUTH.0618.0022

## Entiendo que:

- Una vez que EMI Health divulgue información conforme a esta Autorización, no puede garantizar que dicha información no sea redistribuida a un tercero ni que esté protegida por las leyes federales y estatales que rigen el uso y la divulgación de información de salud identificable individualmente.
- Esta Autorización permanecerá vigente hasta que expire o hasta que yo proporcione a EMI Health un aviso escrito de revocación.
- Puedo negarme a firmar o puedo revocar esta Autorización en cualquier momento y por cualquier motivo, excepto en la medida en que EMI Health ya haya realizado divulgaciones basadas en esta Autorización; y
- Aunque EMI Health no condiciona el inicio, la continuación ni la calidad del seguro médico, la administración de atención ni otros servicios que me brinda a que yo firme o no revoque esta Autorización, el negarme a firmarla o revocarla puede limitar la capacidad de EMI Health para brindarme dichos servicios.

Al comprender esta Autorización, acepto permitir que EMI Health divulgue mi información según lo descrito en esta Autorización. Si tengo preguntas sobre dichas divulgaciones, puedo comunicarme con EMI Health al 1-800-662-5851 o localmente al 801-262-7475.

Esta Autorización para divulgar Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) es válida hasta seis meses después de la terminación de su inscripción en su plan de salud o hasta que sea revocada por escrito y enviada a la dirección correspondiente. La revocación será válida únicamente para acciones futuras y no será válida para ninguna acción que EMI Health haya tomado antes de recibir dicha revocación.

**EMI Health**  
**Attention: Customer Service**  
**5101 S Commerce Drive**  
**Murray, Utah 84107**