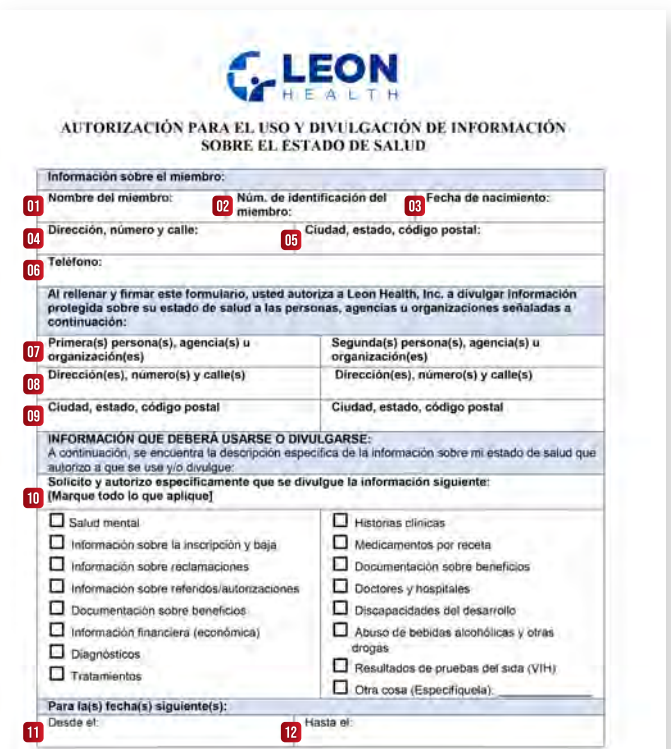


## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE MIEMBRO

- 01** Escriba su apellido, nombre e iniciales del segundo nombre
- 02** Número de identificación de la póliza de Leon Health Plans
- 03** Escriba su fecha de nacimiento en este formato: MM/DD/AAAA
- 04** Escriba su dirección postal completa, incluyendo la calle y apartamento, si corresponde
- 05** Escriba su ciudad, estado y código postal completo
- 06** Escriba su número de teléfono durante día (incluyendo el código de área)
- 07** Escriba el nombre completo de la persona o entidad a la que desea que entreguemos su información
- 08** Escriba la dirección postal completa de su representante autorizado
- 09** Escriba la ciudad, estado y código postal de su representante autorizado
- 10** Esta sección nos indica qué información desea que liberemos
- 11** Tenga en cuenta la fecha efectiva a partir de la cual este formulario será válido. (MM/DD/AAAA)
- 12** Tenga en cuenta la fecha de caducidad de este formulario. (MM/DD/AAAA)
- 13** Firme su nombre y ponga la fecha en el formulario. Su nombre y firma deben coincidir con la información en la sección de Información del miembro
- 14** Complete esta sección solamente si está firmando en representación de otra persona y tiene la autoridad legal para hacerlo, como cuando se cuenta con un poder notarial. (De lo contrario, esta sección debe dejarse en blanco).



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD**

Información sobre el miembro:

01 Nombre del miembro: 02 Núm. de identificación del miembro: 03 Fecha de nacimiento:

04 Dirección, número y calle: 05 Ciudad, estado, código postal:

06 Teléfono:

Al rellenar y firmar este formulario, usted autoriza a Leon Health, Inc. a divulgar información protegida sobre su estado de salud a las personas, agencias u organizaciones señaladas a continuación:

07 Primera(s) persona(s), agencia(s) u organización(es)	Segunda(s) persona(s), agencia(s) u organización(es)
08 Dirección(es), número(s) y calle(s)	Dirección(es), número(s) y calle(s)
09 Ciudad, estado, código postal	Ciudad, estado, código postal

**INFORMACIÓN QUE DEBERÁ USARSE O DIVULGARSE:**  
A continuación, se encuentra la descripción específica de la información sobre mi estado de salud que autorizo a que se use y/o divulgue:

Solicito y autorizo específicamente que se divulgue la información siguiente:  
(Marque todo lo que aplique)

<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Historias clínicas
<input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción y baja	<input type="checkbox"/> Medicamentos por receta
<input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones	<input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios
<input type="checkbox"/> Información sobre referidos/autorizaciones	<input type="checkbox"/> Doctores y hospitales
<input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios	<input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo
<input type="checkbox"/> Información financiera (económica)	<input type="checkbox"/> Abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas
<input type="checkbox"/> Diagnósticos	<input type="checkbox"/> Resultados de pruebas del sida (VIH)
<input type="checkbox"/> Tratamientos	<input type="checkbox"/> Otra cosa (Especifíquela):

Para la(s) fecha(s) siguiente(s):  
Desde el: 11 Hasta el: 12

### SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

**El derecho de recibir copia de esta autorización** – Entiendo que, si firmo esta autorización, podré solicitar copia de esta autorización.

**El derecho de negarse a firmar esta autorización** – Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización y que Leon Health, Inc. no podrá condicionar mis tratamientos, pagos, inscripción en un plan de seguro médico ni mis requisitos para los beneficios por atención médica basándose en mi decisión de firmar esta autorización, excepto en lo relacionado con: a) tratamientos relacionados con investigaciones, b) inscripción o requisitos correspondientes a un plan de seguro médico c) y la prestación de atención médica cuya única finalidad sea la de generar información protegida sobre el estado de salud ("PHI" en inglés) para divulgarla a un tercero.

**El derecho de retirar esta autorización** – Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento facilitándole una nota por escrito acerca de dicho retiro al Departamento de Inscripción del Plan. Tengo conocimiento de que mi retiro no entrará en vigor hasta que lo reciba Leon Health, Inc. y no entrará en vigor en lo relativo a los usos y/o divulgaciones de la información sobre mi estado de salud que Leon Health, Inc. haya hecho antes de recibir mi nota acerca de dicho retiro. Entiendo que, si la autorización se obtuvo como condición de conseguir la cobertura por el seguro, otras leyes le otorgan a la compañía de seguros el derecho de oponerse a la reclamación amparada en la póliza o a la misma póliza.

**El derecho de inspeccionar o copiar la información sobre mi estado de salud que se deberá usar o divulgar** – Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar (lo que se podrá hacer por un cargo razonable) la información sobre mi estado de salud que he autorizado a usarse o divulgarse mediante este formulario de autorización. Puedo hacer los arreglos para inspeccionar la información sobre mi estado de salud u obtener copias de la información sobre mi estado de salud comunicándome con el Departamento de Servicios a Miembros.

**Aviso de divulgación:** Entiendo que la información que se use o divulgue con base a esta autorización podrá ser sujeto de que se vuelva a divulgar y quedar sin la protección de las normas federales sobre la privacidad.

**Fecha de vencimiento:** Esta autorización está vigente hasta la fecha de finalización señalada en la página anterior, o si no se señala ninguna, quedará vigente indefinidamente, a no ser que retire por escrito la autorización.

Al firmar esta autorización, confirmo que es el reflejo exacto de mis deseos.

Firma del (de la) miembro/representante legal:	Fecha:
--	--------

Si usted es el representante autorizado, usted **tiene que** aportar la información solicitada a continuación:

Marque aquí si firma como representante personal y rellene los espacios en blanco que aparecen a continuación. **Favor de adjuntar la documentación correspondiente (por ejemplo, el Poder).** Esto aplica solamente si quien firmó más arriba no es el miembro de Leon Health.

#### Información sobre el representante personal

Nombre	Relación o parentesco con el miembro	Número telefónico
Dirección, número y calle	Ciudad	Estado
	Código postal	



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD

<b>Información sobre el miembro:</b>		
<b>Nombre del miembro:</b>	<b>Núm. de identificación del miembro:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección, número y calle:</b>		<b>Ciudad, estado, código postal:</b>
<b>Teléfono:</b>		
<b>Al rellenar y firmar este formulario, usted autoriza a Leon Health, Inc. a divulgar información protegida sobre su estado de salud a las personas, agencias u organizaciones señaladas a continuación:</b>		
<b>Primera(s) persona(s), agencia(s) u organización(es)</b>		<b>Segunda(s) persona(s), agencia(s) u organización(es)</b>
<b>Dirección(es), número(s) y calle(s)</b>		<b>Dirección(es), número(s) y calle(s)</b>
<b>Ciudad, estado, código postal</b>		<b>Ciudad, estado, código postal</b>
<b>INFORMACIÓN QUE DEBERÁ USARSE O DIVULGARSE:</b>		
A continuación, se encuentra la descripción específica de la información sobre mi estado de salud que autorizo a que se use y/o divulgue:		
<b>Solicito y autorizo específicamente que se divulgue la información siguiente:</b>		
<b>[Marque todo lo que aplique]</b>		
<input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción y baja <input type="checkbox"/> Información sobre reclamaciones <input type="checkbox"/> Información sobre referidos/autorizaciones <input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios <input type="checkbox"/> Información financiera (económica) <input type="checkbox"/> Diagnósticos <input type="checkbox"/> Tratamientos	<input type="checkbox"/> Historias clínicas <input type="checkbox"/> Medicamentos por receta <input type="checkbox"/> Documentación sobre beneficios <input type="checkbox"/> Doctores y hospitales <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo <input type="checkbox"/> Abuso de bebidas alcohólicas y otras drogas <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas del sida (VIH) <input type="checkbox"/> Otra cosa (Especifíquela): _____	
<b>Para la(s) fecha(s) siguiente(s):</b>		
Desde el:	Hasta el:	

## SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

**El derecho de recibir copia de esta autorización** – Entiendo que, si firmo esta autorización, podré solicitar copia de esta autorización.

**El derecho de negarse a firmar esta autorización** – Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar esta autorización y que Leon Health, Inc. no podrá condicionar mis tratamientos, pagos, inscripción en un plan de seguro médico ni mis requisitos para los beneficios por atención médica basándose en mi decisión de firmar esta autorización, excepto en lo relacionado con: a) tratamientos relacionados con investigaciones, b) inscripción o requisitos correspondientes a un plan de seguro médico c) y la prestación de atención médica cuya única finalidad sea la de generar información protegida sobre el estado de salud (“PHI” en inglés) para divulgársela a un tercero.

**El derecho de retirar esta autorización** – Entiendo que tengo el derecho de retirar esta autorización en cualquier momento facilitándole una nota por escrito acerca de dicho retiro al *Departamento de Inscripción del Plan*. Tengo conocimiento de que mi retiro no entrará en vigor hasta que lo reciba Leon Health, Inc. y no entrará en vigor en lo relativo a los usos y/o divulgaciones de la información sobre mi estado de salud que Leon Health, Inc. haya hecho antes de recibir mi nota acerca de dicho retiro. Entiendo que, si la autorización se obtuvo como condición de conseguir la cobertura por el seguro, otras leyes le otorgan a la compañía de seguros el derecho de oponerse a la reclamación amparada en la póliza o a la misma póliza.

**El derecho de inspeccionar o copiar la información sobre mi estado de salud que se deberá usar o divulgar** – Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar o copiar (lo que se podrá hacer por un cargo razonable) la información sobre mi estado de salud que he autorizado a usarse o divulgarse mediante este formulario de autorización. Puedo hacer los arreglos para inspeccionar la información sobre mi estado de salud u obtener copias de la información sobre mi estado de salud comunicándome con el Departamento de Servicios a Miembros.

**Aviso de divulgación:** Entiendo que la información que se use o divulgue con base a esta autorización podrá ser sujeto de que se vuelva a divulgar y quedar sin la protección de las normas federales sobre la privacidad.

**Fecha de vencimiento:** Esta autorización está vigente hasta la fecha de finalización señalada en la página anterior, o si no se señala ninguna, quedará vigente indefinidamente, a no ser que retire por escrito la autorización.

Al firmar esta autorización, confirmo que es el reflejo exacto de mis deseos.

<b>Firma del (de la) miembro/representante legal:</b>	<b>Fecha:</b>
---	---------------

Si usted es el representante autorizado, usted **tiene que** aportar la información solicitada a continuación:

Marque aquí si firma como representante personal y rellene los espacios en blanco que aparecen a continuación. **Favor de adjuntar la documentación correspondiente (por**

**ejemplo, el Poder).** Esto aplica solamente si quien firmó más arriba no es el miembro de Leon Health.

**Información sobre el representante personal**

<b>Nombre</b>	<b>Relación o parentesco con el miembro</b>		<b>Número telefónico</b>
<b>Dirección, número y calle</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>