



**CARPENTERS  
SERVICES  
ADMINISTRATIVE  
CORPORATION**

445 South Figueroa Street, Suite 1500  
Los Angeles, CA 90071-3203

**Tel: 213-386-8590 • Toll Free: 800-293-1370**  
**csacbenefits.org**

### Formulario de Autorización de HIPAA

Su Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
*(por favor utilice letra de molde su firma será requerida a continuación)* Mes Día Año

Su relación con el participante:  Si mismo  Cónyuge  Hijo(a) Dependiente

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ UBC o SSN del Participante : \_\_\_\_\_

**Yo, autorizo al Fideicomiso de Salud y Bienestar de Carpinteros de Estados del Oeste (conocido como “Fideicomiso”) utilizar y/o divulgar mi información de salud protegida de la siguiente manera:**

**1. Información que se utilizará o divulgará:** La siguiente Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en Inglés) puede ser usada y/o divulgada como se describe a continuación *(marque solo los que apliquen)*:

- Cualquier información de salud que tienen de mí
- Cualquier información relacionada con mi elegibilidad para los beneficios proporcionados por el Fideicomiso
- Las fechas de tratamientos que he recibido
- Las razones por las cuales se me negó beneficios
- Otro: \_\_\_\_\_

*[por favor describa la información de una manera específica y significativa]*

**2. Las Personas a quienes el uso o divulgación se Puede Hacer:** La siguiente persona o grupo de personas que pueden recibir la Información de Salud Protegida se describe en la Sección 1 de esta Autorización del Fideicomiso y/o la Administración Corporativa de Servicios de Carpinteros (CSAC, por sus siglas en Inglés).

- Nombre del Cónyuge: \_\_\_\_\_
- Nombre de hijo(s): \_\_\_\_\_
- Nombre de Padre(s): \_\_\_\_\_
- Otro Nombre: \_\_\_\_\_

*[escriba el nombre o la designación específica de la persona o clase de personas]*

Si solo desea que su Salud Protegida (PHI) sea divulgada a alguien que conozca una contraseña, escriba su contraseña aquí:

**3. Propósito de la Solicitud:** Por favor de indicar el propósito de la solicitud a continuación. Si no desea indicar un propósito, por favor solo indique, “a petición del individuo”

\_\_\_\_\_

**4. Fecha de Vencimiento o Evento:** Esta autorización se vencerá *(elegir y completar solo uno)*:

- Diez años a partir de la fecha en que esta autorización fue firmada
- En \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ *(menos de los años a partir de la fecha en que se firmó esta autorización)*  
Mes Día Año
- Tras la ocurrencia del evento siguiente relacionado con mi atención de salud o para el propósito por cual yo autorice el uso y/o divulgación de mi Información de Salud Protegida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Yo intiendo que:**

- (1) Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en el caso en que el Fideicomiso haya tomado acción basada en esta autorización;
- (2) El Fideicomiso no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para recibir beneficios en mi voluntad de firmar esta autorización; y
- (3) Cualquier información divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y pudiera ya no estar protegida por la ley.

**Su Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Por favor envíe este formulario completo por correo a la dirección anterior o por fax al (213) 739-9463.**