



**Autorización para
Revelar Información de Salud**

Información del Afiliado: (individuo cuya información será revelada)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(Nombres, apellidos) (Mes/día/año)

Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: _____
(incluya el código de área)

Nombre del Empleador: _____ Número de Plan Grupal: _____

Nombre del Empleado: _____ Número de Seguro Social: _____

Autorizo el uso o revelación de información personal y de salud por parte de Guardian, tal como se describe a continuación:

- Cualquier y toda la información que esté en poder de Guardian.
- Solicitud de información relacionada con la siguiente condición o lesión _____
_____ en o aproximadamente en _____
- Información de salud que abarque el período del _____ al _____
- Otro (especifique e incluya fechas) _____

Esta información puede ser revelada a, y utilizada por, los siguientes individuos u organizaciones:

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre: _____ Relación _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Esta información será revelada con el o los siguientes propósitos:

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación escrita a Guardian a la dirección que aparece a continuación. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Estoy en conocimiento de que la revocación no se aplicará a Guardian cuando la ley le otorgue el derecho de oponerse a una solicitud de acuerdo a mi plan grupal. A menos que se revoque, esta autorización caducará dentro de treinta (30) meses a contar de la fecha en que se firmó el documento.

Comprendo que no es obligatorio firmar esta autorización y que Guardian no puede condicionar el tratamiento o pago a la firma de este documento.

Comprendo que una vez que la información sea revelada de conformidad con esta autorización, puede volver a ser revelada por el destinatario y que es posible que no esté protegida por las reglas federales de privacidad.

Nombre en Letra Imprenta: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Note que ninguna autorización para revelar información de salud será procesada a menos que usted o su representante autorizado haya firmado este formulario.

Si usted es un representante autorizado (que no sea uno de los padres de un menor de edad), necesitará proporcionar documentación o un documento que explique su autoridad para actuar en nombre del afiliado (por ejemplo, un Poder).

Envíe este formulario a:
The Guardian Life Insurance
Company of America
Group Quality
P.O. Box 2457
Spokane, WA 99210-2457