



Yo autorizo a Prominence Health Plan, y sus corporaciones subsidiarias, afiliados ("Plan de Salud") para usar o divulgar mis expedientes médicos, de reclamaciones o beneficios, incluyendo cualquier información mental individualmente identificable que se contenga en estos expedientes, como se describe anteriormente. Entiendo que estos expedientes pueden contener información creada por otras personas o entidades, incluyendo médicos y otros proveedores de atención médica.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo rehusarme a firmarla. Mi negativa para firmar no afectará mi subscripción en el plan de salud, mi elegibilidad para recibir beneficios, la disponibilidad para obtener tratamiento, ni la habilidad para recibir pago por tratamiento, al menos que la ley lo permita.

Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento notificando a Health Plan por escrito a la dirección de conciliación, excepto en el grado que:

- a. El Plan de Salud haya tomado medidas en base a esta autorización; o
- b. Si se obtuvo la autorización como condición para obtener cobertura de seguro, otra ley le otorga al asegurador el derecho de impugnar una reclamación bajo la póliza.

El Plan de Salud no recibirá compensación de un tercero por usar o divulgar esta información.

Yo entiendo que una vez que la información de salud sobre mi persona haya sido divulgada por parte del Plan de Salud a terceros, la información de salud ya no estará protegida por las leyes de privacidad estatales y federales. Estoy de acuerdo en que mi firma facsímil se pueda tratar como si fuera mi firma original.

---

Nombre de la persona o representante de la entidad

la fecha de nacimiento

---

Si es representante, la relación con el individuo y la autoridad bajo la cual actúa en favor del individuo

---

Firma del paciente, miembro o representante legal

---

Fecha

Envíe por fax el formulario firmado a Prominence Health Plan al 775.770.9100 o envíelo por correo a:

**Prominence Health Plan**  
**Attn: Customer Service**  
**1510 Meadow Wood Lane**  
**Reno, NV 89502**

Si tiene usted alguna pregunta o comentarios por favor contacte al Funcionario de Privacía PHP al 775.770.9444