

ExamWorks Compliance Solutions
AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR O DIVULGAR INFORMACIÓN
PROTEGIDA DE SALUD DE CONFORMIDAD CON HIPAA Y DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE
(Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996)

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información protegida de salud y cualquier otra información como se indica a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria.

Particular o reclamante:	N.º de Seguro Social:
Dirección:	
Medicare/n.º de reclamación de seguro de salud (HICN):	Fecha de la lesión:
N.º de plan Medicaid/Medicare Advantage:	Fecha de nacimiento:

Personas o entidades autorizadas a proporcionar la información:

Cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, poseedores de información sobre recetas médicas, incluidos, entre otros, farmacias, administradores de beneficios farmacéuticos y aseguradoras, centro médico, empleador, pagadores de seguro de salud, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid y sus contratistas, MyMedicare.gov, Administración del Seguro Social, Medicaid o cualquier otro profesional de la salud que haya proporcionado pagos, tratamiento o servicios a mi persona o a mi nombre.

Personas o entidades autorizadas a recibir, utilizar o revelar la información:

- | | |
|--|--|
| 1. ExamWorks Compliance Solutions
1424 North Brown Road, Suite 100
Lawrenceville, GA 30043 | 2. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)
3. Plan Medicare Advantage privado designado o Plan de Medicamentos Recetados con contrato con Medicare (CMS): |
|--|--|

Descripción de la Información:

1. Historial médico completo, historial de recetas médicas, medicamentos recetados, elegibilidad, médico que extiende las recetas, información de farmacias, facturas, datos sobre cobertura de seguros y cualquier otra información de salud protegida concerniente a mi persona. Esto incluye información sobre diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y enfermedades de transmisión sexual. También incluye información sobre diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales y uso de alcohol, drogas y tabaco.
2. Toda información que pueda solicitar ExamWorks Compliance Solutions a cualquier persona o entidad autorizada para brindarla que, a exclusivo criterio de ExamWorks Compliance Solutions, se requiera o sea necesaria para cumplir con el propósito de esta autorización.

Propósito de la Autorización:

1. La presente autorización para uso o divulgación de información se extiende a pedido del particular o reclamante.
2. Para proporcionar una total divulgación de cualquier información a ExamWorks Compliance Solutions, para permitirle evaluar, definir y preparar un Medicare Set-Aside (reserva de importes para Medicare) recomendado y para completar cualquier otro servicio pertinente y solicitado, incluido: investigación de pagos condicionales (derecho de retención de Medicare), demanda de monto definitivo retenido y negociación de gravamen, investigación y negociación del gravamen del plan Medicaid o Medicare Advantage.
3. Para designar a ExamWorks Compliance Solutions como su representante con autoridad para comunicarse con CMS y sus contratistas, una agencia estatal de Medicaid y cualquier plan Medicare Advantage o de medicamentos recetados (como se señaló en forma específica) para obtener información de pago condicional y para litigar o negociar, en mi nombre, cualquier solicitud de reembolso de pago condicional relacionado con el beneficiario de Medicare abajo firmante.

Admito y entiendo lo siguiente:

1. que si la persona o entidad autorizada para recibir la información no es un proveedor de atención médica o plan de salud, es posible que la información revelada ya no esté protegida por las normas federales sobre privacidad;
2. que la atención de mi salud, el pago de la atención, el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad para beneficios o el monto que Medicare paga por los servicios de salud no se verán afectados si yo no firmara el presente formulario de autorización;
3. que puedo ver y copiar cualquier información descrita en este formulario;
4. que puedo copiar esta autorización después de firmarla y, si no pudiera hacer una copia, puedo solicitarla a ExamWorks Compliance Solutions;
5. que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a ExamWorks Compliance Solutions, pero que ninguna revocación tendrá efecto sobre medidas que hubiera tomado ExamWorks Compliance Solutions antes de recibirla;
6. que cualquier información médica personal que yo autorice a divulgar puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por ley;
7. que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

He leído y entiendo el contenido de la presente autorización y he tenido la oportunidad de comentarla con un asesor de mi elección. El contenido de la presente autorización confirma y está en consonancia con mi autoridad, instrucciones o indicaciones a ExamWorks Compliance Solutions y entiendo que, al firmarla, autorizo a ExamWorks Compliance Solutions a que utilice y divulgue, según lo permitido y descrito aquí, determinada información no pública. Además, he tenido la necesidad y el proceso de Reserva de Medicare de Compensación de Trabajadores, y apruebo el contenido de la presentación. Iniciales del Beneficiario _____

Fecha: _____

Firma del reclamante o representante legal

Relación con el reclamante si es el representante legal

(Con excepción de los que actúan en carácter de padres del reclamante, se debe adjuntar una copia del documento que otorga al representante legal la facultad de firmar esta autorización).

**En caso de que el reclamante sea un menor de edad, la divulgación DEBE contener en ella el n.º de Seguro Social del niño y estar firmada por el padre, la madre o tutor legal.*