

1. Entiendo que la información que estoy autorizando a divulgar, podría ser compartida sin contar con las protecciones de las regulaciones federales de privacidad.
2. La información que autorizo a ser divulgada por MMM comprende cualquiera de las siguientes:
 Información demográfica, reclamaciones y pagos, data de encuentros, elegibilidad e inscripción, beneficios y cubierta, información clínica relacionada a tratamiento, diagnósticos [nombre de enfermedad o condición), procedimientos recibidos, intervenciones, planes de cuidado médico [sin incluir notas de psicoterapia], laboratorios, récords médicos, información para identificar proveedores de salud [médicos, hospitales, laboratorios, etc], información sobre determinaciones organizacionales, MTM [Programa para el Manejo de Terapia de Medicamentos] u
 Otro: _____
3. Esta información podrá ser utilizada para los siguientes propósitos (marque todas las que aplique):
 - A solicitud del afiliado
 - Procedimiento legal
 - Para realizar cambios de PCP, dirección o teléfono y/o solicitud de un duplicado de la identificación del afiliado.
 - Otro: _____
4. Entiendo que la organización o individuos autorizados para utilizar o divulgar la información no recibirán una compensación por hacerlo.
5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y puedo rehusar firmarla. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad para beneficios o afiliación, los pagos o la cubierta de servicios o habilidad de obtener tratamiento.
6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificándole por escrito a Servicios al Afiliado de MMM of Florida a la dirección postal PO BOX 260430, Miami, FL 33126.
8. Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir la Notificación de las Prácticas de Privacidad de MMM of Florida.

***Es requerido indicar la fecha de vencimiento de este documento. De no indicar una fecha de vencimiento válida y/o no completar el campo indicado (en blanco), este documento no tendrá efecto.**

***Esta autorización vence el:** - -
 Mes Día Año

Nombre del Afiliado y/o Representante Legal: (En letra de molde)

Fecha:

Firma del Afiliado y/o Representante Legal:

Fecha:

Firma del Testigo:

(Se requiere firma de una tercera persona como testigo si el afiliado firma con una X)

Fecha:

Si esta autorización es firmada por el representante legal asignado, favor de proveer documentación del representante como lo es requerido por la Ley Estatal (ej. Poder Notarial, Tutoría Legal).