

Esta Autorización está en conformidad con los Reglamentos de Seguridad y Confidencialidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). Todas las secciones deben ser llenadas. (This Authorization complies with the HIPAA Privacy and Security Rule. All areas must be completed.)

- Autorizo a Standard Insurance Company (The Standard) a divulgar la información de mi reclamación de seguro dental o de visión o los registros, ya sea verbalmente o por escrito, a _____ (destinatario) para las reclamaciones o tratamientos que ocurran en la(s) fecha(s) siguiente(s): _____ con el propósito de a petición mía para el propósito siguiente (I authorize Standard Insurance Company (The Standard) to release my dental and/or vision insurance claim information and/or records, verbally or in writing, to _____ (Recipient) for claim(s) or treatment(s) occurring on the following date(s): _____ for the purpose of at my request for the following purpose):

- De acuerdo a lo abajo firmado, declaro que cualquier acuerdo que haya hecho para restringir mi información médica protegida no es pertinente ha esta autorización e instruyo a The Standard entregar y divulgar los registros de reclamación de seguro dental o de visión como se indica arriba libre de restricciones.
- Entiendo que The Standard no pondrá restricciones de tratamiento, pago, inscripción y derecho de participación para beneficios si firmara o no esta autorización.
- Entiendo que si The Standard divulga la información en conformidad con esta autorización, la información podría estar sujeta a una nueva divulgación por el Destinatario y no estará protegida por los Reglamentos de Seguridad y Confidencialidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).
- Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Esta autorización será válida por un lapso de un año a partir de la fecha que aparece abajo. Una fotocopia o facsímil de esta autorización será tan válida como el original.
- Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. Aun más, entiendo que, salvo a la medida en que The Standard haya dependido de esta autorización para divulgar los registros solicitados, yo tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento enviando una declaración por escrito a Standard Insurance Company: Quality Assurance Specialist, PO Box 82629, Lincoln, NE 68501-2629.
- By my signature below, I acknowledge that any agreements I have made to restrict my protected health information do not apply to this authorization and I instruct The Standard to release and disclose my dental and/or vision insurance claim records as described above without restriction.
- I understand that The Standard will not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits on whether I sign this authorization.
- I understand that if The Standard releases information pursuant to this authorization, the information may be subject to re-disclosure by the Recipient and no longer protected by the Privacy and Security Rule under the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
- I understand that I am entitled to receive a copy of this authorization. This authorization will remain valid one year from the date below. A photocopy or facsimile of this authorization shall be as valid as the original.
- I understand that I have the right to refuse to sign this authorization. I further understand that, except to the extent that The Standard has relied upon this authorization to disclose requested records, I have a right to revoke this authorization at any time by sending a written statement to Standard Insurance Company, Attention: Quality Assurance Specialist, PO Box 82629, Lincoln, NE 68501-2629.

Nombre del paciente *(en letra de molde)*
(Name of Patient *(please print)*)

Fecha de nacimiento
(Date of Birth)

N.º de póliza
(Policy No.)

Firma del paciente o del representante del paciente
(Signature of Patient or Patient's Representative)

Fecha
(Date)

Nombre del miembro
(Member's Name)

Nombre de representante del paciente *(en letra de molde)*
(Name of Patient's Representative *(please print)*)

N.º de teléfono durante el día
(Daytime Phone No.)

Parentesco al paciente *(incluso el estado de autorización como representante del paciente)*
(Relationship to the patient *(including authority for status as patient's representative)*)