



FORMA de AUTORIZACION

(Para el Uso o la Revelación de la Salud Protegida Información)

En la orden para El Seneca Grupo para utilizar o revelar la Salud Protegida Información ("PHI") a alguien de otra manera que usted, usted debe completar esta Forma de Autorización y volverlo al Funcionario de la Intimidad del Plan,

The Seneca Group
68 South Service Road, Suite 100
Melville, NY 11747
631-577-4092
Fax: 631-360-8288

<p>En la orden para su información médica ser considerado PHI, debe satisfacer las condiciones siguientes: (Un) su información médica debe ser "información de salud". La información de la salud es definida anchamente en las regulaciones aplicables de HIPAA significando como relacionar oral o registrado de información a su pasado, al presente, o a futura, la salud física o mental, la provisión de asistencia médica para usted, o para el pago de asistencia médica para usted; (B) su información médica debe ser "individualmente identificable". La información individualmente identificable de la salud es definida anchamente en las regulaciones aplicables de HIPAA como información de salud que identifica o puede ser utilizado razonablemente identificarle (podemos de-identifica su información individualmente identificable de la salud quitando identificaciones específicas incluyendo, pero no limitados a su nombre, al número del seguro social, y a la dirección); y (C) su información médica "debe ser creado o debe ser recibido" por un cubrió entidad (este Plan y su médico son cubiertos entidades Bajo las regulaciones aplicables de HIPAA). La información individualmente identificable de la salud que es creada o es recibido por un cubrió entidad es protegida.</p>	<p>In order for your medical information to be considered PHI, it must satisfy the following conditions: (a) your medical information must be "health information." Health information is broadly defined in the applicable HIPAA regulations as meaning any oral or recorded information relating to your past, present, or future physical or mental health, the provision of health care for you, or the payment of health care for you; (b) your medical information must be "individually identifiable." Individually identifiable health information is broadly defined in the applicable HIPAA regulations as health information that identifies or reasonably can be used to identify you (we may de-identify your individually identifiable health information by removing specific identifiers including, but not limited to your name, social security number, and address); and (c) your medical information must be "created or received" by a covered entity (this Plan and your doctor are covered entities under the applicable HIPAA regulations). Individually identifiable health information that is created or received by a covered entity is protected</p>
<p>Excepto en los casos autorizados por la ley, el Plan no puede utilizar o divulgar información protegida de salud a personas distintas de las que se especifique en este formulario. El Plan puede solicitar que usted complete este formulario donde el uso o la divulgación de información es necesaria para llevar a cabo las funciones del Plan. Además, usted puede presentar este formulario para el Plan porque quieres a alguien para pedir o recibir su PHI del Plan. Esta forma no es necesario si usted está solicitando su propio ISP del Plan. El Plan tiene una forma separada para ese tipo de solicitud.</p>	<p>Except as permitted by law, the Plan may not use or disclose PHI to persons other than those you specify on this form. The Plan may request that you complete this form where the use or disclosure of information is necessary to carry out functions of the Plan. In addition, you may submit this form to the Plan because you want someone to request or receive your PHI from the Plan. This form is not needed if you are requesting your own PHI from the Plan. The Plan has a separate form for that type of request</p>
<p>I, _____ (por favor escriba el nombre), un participante en _____ Autorice el uso y la revelación de mi PHI describieron como en esta Forma de Autorización.</p>	<p>I, _____ (please print name), a Participant in _____, authorize the use and disclosure of my PHI as described in this Authorization Form.</p>
<p><u>Las personas autorizadas del plan a utilizar y divulgar su PHI</u> El departamento de servicio al cliente de Seneca Consulting Group dba El Grupo de Seneca que ayudar en la administración del Plan son las personas autorizadas a revelar información protegida de salud.</p>	<p><u>AUTHORIZED PERSONS OF THE PLAN TO USE AND DISCLOSE PHI</u> The customer service department of Seneca Consulting Group dba The Seneca Group who assist in the Plan's administration are authorized persons to disclose PHI.</p>



<p><u>Las personas autorizadas para recibir y usar su PHI</u></p> <p>La persona (s) (o clase de personas) se enumeran a continuación es una persona autorizada (s) (o clase de personas) para recibir y utilizar información protegida de salud: El departamento de servicio al cliente de Seneca Consulting Group dba El Grupo de Seneca que ayudan en el Plan 'S administración son las personas autorizadas a revelar información protegida de salud.</p>	<p><u>AUTHORIZED PERSONS TO RECEIVE AND USE PHI</u></p> <p>The specific person(s) (or class of persons) listed below is an authorized person(s) (or class of persons) to receive and use PHI: The customer service department of Seneca Consulting Group dba The Seneca Group who assist in the Plan's administration are authorized persons to disclose PHI.</p>
<p><u>Específica y significativa descripción de la información que debe revelarse</u></p> <p>Información específica necesaria para el proceso en virtud de reclamar reembolsos</p> <hr/> <hr/>	<p><u>SPECIFIC AND MEANINGFUL DESCRIPTION OF THE INFORMATION TO BE DISCLOSED</u></p> <p>Specific information necessary to process claim reimbursements under</p> <hr/> <hr/>
<p><u>Validez de la autorización forma</u></p> <p>El Plan proporcionará una copia firmada de este Formulario de Autorización para usted. Este formulario de autorización es válida hasta antes de:</p> <p>(a) la fecha en que el plan reciba su cancelación de Formulario de Autorización, o bien (b) un año a partir de la fecha en que usted firma este formulario de autorización.</p>	<p><u>VALIDITY OF AUTHORIZATION FORM</u></p> <p>The Plan will provide a copy of this signed Authorization Form to you. This Authorization Form is valid until the earliest of:</p> <p>(a) the date the Plan receives your Cancellation of Authorization Form; or (b) one year from the date you sign this Authorization Form.</p>
<p><u>RECONOCIMIENTO Y FIRMA</u></p> <p>Yo entiendo que:</p> <p>(a) tengo el derecho a negarse a firmar este formulario de autorización y que el Plan no puede condición de Tratamiento, pago de inscripción, o elegibilidad para recibir beneficios si yo firmar este formulario de autorización con excepción de circunstancias limitadas; (b) Yo tengo el derecho a revocar este formulario de autorización en cualquier momento mediante la presentación de una cancelación de Formulario de Autorización para el Plan; (c) la cancelación de Formulario de Autorización tendrá efecto a partir de la fecha de cancelación o caso, o una vez que el Plan reciba la cancelación de Formulario de Autorización, y (d) la persona (s) o clase de personas autorizadas para recibir y utilizar mi información protegida de salud no pueden ser obligados a tratar esta información como confidencial.</p>	<p><u>ACKNOWLEDGMENT & SIGNATURE</u></p> <p>I understand that:</p> <p>(a) I have the right to refuse to sign this Authorization Form and that the Plan may not condition Treatment, Payment, enrollment, or eligibility for benefits on whether I sign this Authorization Form except for limited circumstances; (b) I have the right to revoke this Authorization Form at any time by submitting a Cancellation of Authorization Form to the Plan; (c) the Cancellation of Authorization Form will take effect as of the cancellation date or event, or once the Plan receives the Cancellation of Authorization Form; and (d) the specific person(s) or class of persons authorized to receive and use my PHI may not be required to treat this information as confidential.</p>

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____



REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted está actuando como representante personal del participante cuyo PHI se debe divulgar y firmar este formulario de autorización, usted debe proporcionar prueba de su autoridad para actuar en el participante. Usted garantiza que tiene autoridad para firmar este formulario de autorización sobre la base de:

PERSONAL REPRESENTATIVE

If you are acting as the personal representative of the Participant whose PHI is to be disclosed and you sign this Authorization Form, you must provide proof of your authority to act for the Participant. You warrant that you have authority to sign this Authorization Form on the basis of:

Signature (Firma): _____ Date (Fecha): _____
Personal Representative/_REPRESENTANTE PERSONAL