



**Autorización para  
Revelar Información de Salud**

**Información del Afiliado: (individuo cuya información será revelada)**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Nombres, apellidos)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Mes/día/año)

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_  
(incluya el código de área)

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Autorizo el uso o revelación de información personal y de salud por parte de Guardian, tal como se describe a continuación:

- Cualquier y toda la información que esté en poder de Guardian.
- Solicitud de información relacionada con la siguiente condición o lesión \_\_\_\_\_ en o aproximadamente en \_\_\_\_\_
- Información de salud que abarque el período del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- Otro (especifique e incluya fechas) \_\_\_\_\_

Esta información puede ser revelada a, y utilizada por, los siguientes individuos u organizaciones:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Esta información será revelada con el o los siguientes propósitos:

\_\_\_\_\_

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si deseo revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación escrita a Guardian a la dirección que aparece a continuación. Comprendo que la revocación no se aplicara a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. Estoy en conocimiento de que la revocación no se aplicara a Guardian cuando la ley le otorgue el derecho de oponerse a una solicitud de acuerdo a mi plan grupal. A menos que se revoque, esta autorización caducara dentro de veinticuatro (24) meses a contar de la fecha en que se firmó el documento.

Comprendo que no es obligatorio firmar esta autorización y que Guardian no puede condicionar el tratamiento o pago a la firma de este documento.

Comprendo que una vez que la información sea revelada de conformidad con esta autorización, puede volver a ser revelada por el destinatario y que es posible que no este protegida por las reglas federales de privacidad.

Nombre en Letra Imprenta: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Note que ninguna autorización para revelar información de salud será procesada a menos que usted o su representante autorizado haya firmado este formulario.**

Si usted es un representante autorizado (que no sea uno de los padres de un menor de edad), necesitará proporcionar documentación o un documento que explique su autoridad para actuar en nombre del afiliado (por ejemplo, un Poder).

Envíe este formulario a: The Guardian Life Insurance  
P.O. Box 981587  
El Paso TX 79998-1569