

**AUTORIZACIÓN DEL CERTIFICADO DE COBERTURA DEL PLAN MÉDICO GRUPAL**

Solicito al Departamento de Medicaid de \_\_\_\_\_ que divulgue información con respecto a mi caso de Medicaid u otro caso de un programa de asistencia médica a \_\_\_\_\_. Yo comprendo que esta información se proporciona de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Prestaciones de 1996. Esta información estará a disposición de mi empleador y/o de mi plan médico de grupo con el único fin de establecer una cobertura médica comprobable con el propósito de reducir la medida en que las exclusiones por enfermedades preexistentes puedan ser pertinentes para mí o para mis dependientes.

Toda la información y registros relacionados con un beneficiario de Medicaid u otros programas de asistencia médica son confidenciales. No se podrá divulgar información a ninguna persona excepto como se indica en la norma 5101:1 -37-01.1 del Código Administrativo de Ohio.

Al firmar a continuación, comprendo que:

Permito al Departamento de Medicaid de Ohio a proporcionar información que servirá para establecer la existencia de una cobertura médica comprobable que recibí mientras estaba inscrito en Medicaid u otro programa de asistencia médica.

Esta autorización vencerá el \_\_\_\_\_ o hasta que yo la cancele por escrito, lo que ocurra primero.

Tengo el derecho a cancelar o revocar esta autorización en cualquier momento si entrego una nota por escrito a: Ohio Department of Medicaid, Attn. Health Information Privacy Official, P.O. Box 182709, Columbus, Ohio 43218-2709.

La información se divulga a personas, agencias o representantes de agencias con fines que es tan directamente relacionados con la administración de los programas de Medicaid u otros programas de asistencia médica. Entre dichos fines se incluyen: el establecimiento de elegibilidad, la determinación de la cantidad de asistencia y la prestación de servicios cubiertos por Medicaid para los solicitantes y beneficiarios.

La información puede divulgarse solamente a personas, agencias o representantes de agencias que estén sujetos a las normas de confidencialidad y de protección de la información que son esencialmente semejantes a las del Departamento de Medicaid de Ohio que se incluyen en la Sección 5101.27 del Código de Ohio, según fuera enmendado.

Cualquier información usada o divulgada según esta autorización específica podrá ser redivulgada por la persona o entidad que reciba la información. En dicha situación, no podrá seguir estando protegida por las leyes federales o del estado.

Completar este formulario es voluntario, pero necesario para proporcionar la información requerida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Prestaciones de 1996.

\_\_\_\_\_  
**Firma del individuo o representante autorizado**

\_\_\_\_\_  
**Escriba el nombre del individuo en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Autoridad legal del representante sobre el individuo**

\_\_\_\_\_  
**Escriba el nombre del representante autorizado en letra de molde**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**