



**AUTORIZACION PARA EL USO Y DIVULGACION  
DE INFORMACION PROTEGIDA DE SALUD**

Nombre del Miembro: \_\_\_\_\_ Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Autorizo el uso y divulgación de mi información protegida de salud como se describe a continuación.**

1. Nombre y dirección de Molina Healthcare, entidad autorizada para hacer uso y divulgación de esta información protegida de salud:

Molina Healthcare of Florida  
8300 NW 33<sup>rd</sup> St, Ste 400  
Doral, FL 33122

2. Nombre de las personas/organizaciones autorizadas para recibir la información protegida de salud:

3. Descripción específica de información protegida de salud que puede ser utilizada o divulgado (por ejemplo, “ Todos mis reclamos pagados por Molina desde 1 de Mayo 2009 hasta 30 de Abril 2010”):

4. La información protegida de salud se usará / divulgado para los siguientes propósitos (por ejemplo, “ Para mi representación legal en una demanda”):

5. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa a firmar no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios o inscripción, el pago o la cobertura de los servicios, o la habilidad para obtener tratamiento.

6. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
7. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por notificando por escrito Molina Healthcare, excepto para usos o divulgaciones dónde Molina Healthcare actuado conforme de esta autorización.
8. Entiendo que la información yo autorizo a una persona o entidad a recibir ya no es protegido por las ley y regulaciones federales.
9. Esta autorización expira en la siguientes fecha o el acontecimiento \*:

*\*Si no hay un fecha de caducidad o evento se especifica anteriormente, esta autorización expira en 12 meses a partir de la fecha indicada.*

---

Firma del Miembro o Miembro's Representante  
Personal

---

Fecha

---

Nombre impreso del Miembro o Miembro's  
Representante Personal

---

Relación al Miembro o la Autoridad del  
Representante Personal actuar para el Miembro, si  
aplica

**Una copia de este formulario firmado se proporcionará al Miembro, si la autorización fue solicitada por Molina Healthcare.**