



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PLAN PARTICIPANTE

Sección A: información de participante del Plan

Para fines de este formulario de autorización, "CVS/caremark" significa Caremark Rx, Inc. y sus empresas filiales

Nombre del participante plan: _____

Plan participante fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de ID del titular principal: _____

La dirección de correo electrónico: _____

Número de Seguridad Social Plan participante: _____

Sección B: información acerca de mí puede ser utilizada y/o revelada:

La información Personal de salud acerca de mí que podrán ser utilizados o divulgada incluye, pero no está limitada a, cualquier información mantenida por CVS/caremark durante cualquier período de tiempo sobre mí:

- Tratamiento de los proveedores de cuidado (farmacias, prescripción de los médicos, etc.);
 - Registros de medicamentos recetados (nombres de fármacos, dispensadores de fechas, costos, etc.);
 - Información demográfica (dirección, etc.); y
 - Información de elegibilidad (fechas de cobertura, deducibles, etc.).
- Otra información específica: _____

Sección C: fin

Esta autorización se hace a petición mía. OR

Other purpose: _____

Persona o entidad autorizada para recibir y utilizar la información Personal de salud acerca de mí:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Relación a mí: _____

Sección D: caducidad y revocación:

Esta autorización caducará automáticamente: (1) un año después _____ [fecha] O (2) si no se especifica ninguna fecha en (1), un año después de la terminación de mi participación en una farmacia beneficio plan o drogas tarjeta de descuentos, según corresponda, administradas por CVS/caremark.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, pero que mi revocación no aplicará a cualquier acción que CVS/caremark ya ha tomado en la dependencia de esta autorización antes que recibo de mi revocación. Entiendo que para revocar esta autorización, debo enviar una notificación por escrito de revocación al contacto de CVS/caremark enumerados a continuación:

Información de contacto: CVS/caremark
Attn: Research Department
P.O. Box 7074
Lee's Summit, MO 64064-7074

Sección E: firma / autorización:

Entiendo que la información utilizada o revelada de conformidad con la presente autorización puede ser re-disclosed por el destinatario y ya no puede ser protegida por la ley federal de privacidad. Reconozco que mi consentimiento es voluntario. Entiendo que CVS/caremark podrá condicionar no cualquier tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios si firmo este formulario. He tenido plena oportunidad de leer y examinar el contenido de esta forma de autorización. Entiendo que al firmar este formulario, estoy autorizando CVS/caremark a utilizar o revelar información de salud personal, tal como se describe en la sección b supra a la persona o entidad nombrada en la sección C para los fines descritos anteriormente.

Firma: _____

Fecha: _____

Nota: Si firmado por alguien que no sea el participante plan mencionadas, describa su autoridad legal para actuar en nombre de los participantes del plan y, en su caso, adjuntar documentación de apoyo legal.

POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN FIRMADO A LA PERSONA DE CONTACTO FIGURAN EN LA SECCIÓN D. USTED TIENE DERECHO A UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLO