



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

ANEJO L

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
 ORGANIZACIÓN DE SEGUROS DE SALUD**

Nombre persona afectada: _____

Asegurado o suscriptor principal (de no ser el afectado): _____

Núm. de Contrato: _____ Núm. de Reclamación: _____

Yo _____, mayor de edad, y vecino(a) de _____,

Puerto Rico, por la presente autorizo a _____ (nombre

de organización de seguros salud o asegurador), a que entregue, comparta y/o divulgue aquella

información médica que tenga en sus archivos relacionada a la reclamación antes mencionada, y

que fue denegada. (Nombre de organización de seguros de salud) podrá entregar, compartir y/o

divulgar copia física o electrónica de dicha información, según sea más conveniente.

Renuncio por este medio a toda disposición de la ley que pueda prohibir o limitar la revelación

de la información que aquí se autoriza como también relevo de responsabilidad a (nombre de

asegurador u organización de seguros de salud) por suministrar a la entidad de revisión externa

correspondiente, la información solicitada.

Asimismo, acepto que la antedicha información podrá ser suministrada con la entrega de una

fotocopia de esta autorización aceptando igualmente que dicha copia será tan válida como su

original.

En testimonio de lo cual, firmo la presente en _____, Puerto Rico a _____ de

_____ de _____.

 Nombre en letra de molde

 Firma

Si la información solicitada es sobre otra persona o un menor de edad, favor completar la siguiente sección. Si usted comparece como representante de la persona cuya información se solicita, deberá proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal. (Por ejemplo: un formulario de autorización, poder de abogado, documentos de tutela, Orden de Corte o Cartas de Administración).

 Representante Legal
 Nombre en letra de molde

 Firma del Representante Legal

 Relación del Representante Legal

 Fecha

Forma: CSS-I-28-003

