



Cobertura de atención médica centrada en la persona para los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo diseñada con la ayuda de los (las) trabajadores(as) de atención a largo plazo.

Teléfono 833-389-0027  
Sitio web [EssentialWorkerHealth.org/es](https://EssentialWorkerHealth.org/es)  
Correo [EssentialWorker@electrónico RISEpartnership.com](mailto:EssentialWorker@RISEpartnership.com)

## Consent to Release Information (Consentimiento para Divulgar Información)

Respetar su privacidad es fundamental para nosotros(as), así que asumimos la responsabilidad de proteger la privacidad y confidencialidad de su información muy en serio. De conformidad con las políticas del Fideicomiso de Atención Médica para Essential Workers (Trabajadores Imprescindibles) y según la ley, no podemos divulgar su información personal, entre ella, su información personal de salud, a nadie que no sea usted, salvo que la ley lo permita. Sin embargo, comprendemos que a veces puede ser más conveniente para usted que un (una) familiar o amigo(a) de confianza se encargue de resolver las inquietudes o confirmar la información en su nombre. **Este Consent to Release Information (Consentimiento para Divulgar Información) es opcional** y está diseñado para que usted nos haga saber a quién le confiaría su información confidencial.

### ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL

Yo \_\_\_\_\_ Autorizo al Fondo de atención médica para la fuerza laboral imprescindible de Oregón (el “Fondo” o “EWHT”) a divulgar mi información de salud a la persona u organización indicada a continuación.

- 1. Quién puede acceder a mi información:** Escriba el (los) nombre(s) o el grupo de personas a las que desea permitir el acceso a su información de salud (por ejemplo, “Jane Doe” o “todos[as] los [las] médicos[as]”):
- 2. Qué información se puede compartir:** Escriba el tipo de información de salud que se puede compartir (por ejemplo, “cualquier detalle sobre reclamaciones o los beneficios”):
- 3. Por qué permito que se comparta la información:** Escriba por qué está otorgando este permiso, o simplemente puede escribir “a solicitud mía”.
- 4. Cuándo termina este permiso.** Esta autorización vencerá: (Elija y complete una opción):
  - Cuando finalice mi cobertura
  - En esta fecha específica:
  - Cuando esto ocurra (por ejemplo, “cuando se resuelva mi reclamación”):

5. **Cancelación de este consentimiento:** Comprendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Para ello, escríbanos a: [EssentialWorker@RISEpartnership.com](mailto:EssentialWorker@RISEpartnership.com) o por correo postal a EWHT, PO Box 94392, Seattle, WA 98124. Comprendo que la cancelación no anulará nada que ya se haya compartido antes de que EWHT recibiera la solicitud.
  6. **Posibilidad de que se vuelva a compartir su información:** Comprendo que después de que la información descrita en el punto (2) anteriormente indicado sea compartida con otras personas, podría no estar protegida por la ley federal y la persona o grupo que reciba la información podría compartirla de nuevo.
  7. **Puede solicitar una copia:** Comprendo que puedo solicitar una copia de este formulario.
  8. **Firmar este formulario es voluntario:** Comprendo que firmar este formulario es mi elección y reconozco que estoy firmando este formulario de manera voluntaria con la finalidad de divulgar mi información de salud a la persona que elegí.
  9. **Sus beneficios no se modificarán:** Comprendo que no estoy en la obligación de firmar este formulario para poder recibir mis beneficios, y que al firmarlo tampoco se modifica mi inscripción para recibir los beneficios del Fideicomiso de Atención Médica para Essential Workers (Trabajadores Imprescindibles), mi elegibilidad ni los pagos que deba realizar al EWHT.
- Al marcar esta casilla, declaro haber revisado y comprendido el contenido de este formulario y acepto que refleja con exactitud mis deseos.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona  
*Si está completando este formulario  
en línea, escriba su nombre.*

**Sección del (de la) representante personal:**

Si un (una) representante personal completa el formulario por usted (como un [una] tutor(a) legal o alguien con un poder notarial), deberá demostrar que está autorizado(a) para firmar. Algunos ejemplos son:

- Un poder notarial para la atención médica (adjunte una copia).
- Una orden judicial por la que se le nombra un (una) tutor(a) o curador(a) (adjunte una copia).
- Una prueba de que es padre o madre de un (una) hijo(a) menor de edad.
- Otro:

NOTA: Este consentimiento no será eficaz a menos que proporcione toda la información solicitada.