



AUTORIZACION

A los fines de que **Triple-S Vida, Inc.**, pueda procesar una reclamación de seguro, autorizo aquí a cualquier médico, hospital, farmacia, patrono o a otra persona u organización que posea información médica relacionada con: _____

a que permita a **Triple-S Vida, Inc.**, o a su representante, a ver, copiar, que se le entregue una copia, o que se le proporcionen detalles de toda la información médica antes mencionada, incluso tratamiento por drogas, alcohol o tratamiento psiquiátrico, a menos que esté específicamente limitado arriba o más abajo.

Cualquier copia de esta autorización será tan válida como el original. Entiendo que mi información de salud protegida a ser divulgada por el médico, hospital, farmacia, patrono, o a otra persona u organización de acuerdo al contenido de esta autorización, puede estar sujeta a ser divulgada nuevamente, en cuyo caso no estará protegida por las disposiciones de **"Health Insurance Portability and Accountability Act"**.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección: _____
Urb. / PO Box / Barrio / RR / HC *Número / Calle*

Ciudad *País* *Zona Postal*

Si se firma en nombre de otro, indique el parentesco (padre o madre, tutor legal, pariente más cercano, etc.) _____

En caso de que la firma sea una marca, se requiere la firma de un testigo y copia de identificación con foto y firma del testigo.

Testigo: _____ Firmado en _____, PR Fecha: _____

SI ES REQUERIDO POR EL HOSPITAL

Aprobado por: _____
Nombre del Médico *Firma*

Para uso exclusivo de **Triple-S Vida, Inc.**

Esta autorización expira en: _____



AUTHORIZATION

In order to assist **Triple-S Vida, Inc.**, in administering an insurance claim, I hereby authorize any physician, hospital, pharmacy, employer or other person or organization possessing medical information concerning: _____

to permit **Triple-S Vida, Inc.**, or its representative, to view, copy, be furnished a copy or be given details of all such medical information including drug, alcohol or psychiatric treatment, unless specifically limited above or below.

Any copy of this authorization shall have the same authority as the original. I understand that my protected health information to be disclosed by the doctor, hospital, pharmacy, employer, or another person or organization according to the content of this authorization, can be subject to being disclosed again, in which case it will not be protected by the provisions of the **"Health Insurance Portability and Accountability Act "**.

Signature: _____ Date: _____

Address: _____
Urb. / PO Box / Barrio / RR / HC *Number / Street*

_____ *City* *State* *Zip Code*

If signing in behalf of another, indicate relationship (parent, guardian, next of kin, etc.) _____

If the signature is a mark the signature of a witness and copy of identification with photo and signature of the witness are required.

Witness: _____ Signed at _____, PR Date: _____

IF REQUIRED BY HOSPITAL

Approved by: _____
Name of Attending Physician *Signature*

For the use of **Triple-S Vida, Inc.**

Expiration date of this authorization: _____