

Autorización para divulgar información de salud protegida ***(Authorization to Disclose Protected Health Information)***

Según las leyes de privacidad federales y estatales, Nova Healthcare Administrators, Inc., Independent Health o Pharmacy Benefit Dimensions, LLC (en adelante denominados de forma individual o conjunta como la “Empresa”) está autorizada a usar o divulgar su información de salud para operaciones de pago, tratamiento y atención médica y según lo exija la ley. Se requiere su autorización por escrito para compartir cualquier información de salud para otros usos y divulgaciones que no sean para estos fines. Esto incluye compartir su información de salud con su cónyuge, familiares, empleador, etc. Este formulario le permite autorizar a la Empresa a usar o divulgar su información de salud, incluida la información relacionada con el VIH, a las personas o entidades que especifique.

(Under Federal and State privacy laws, Nova Healthcare Administrators, Inc., Independent Health and/or Pharmacy Benefit Dimensions, LLC (individually or collectively herein “Company”) is authorized to use or disclose your health information for payment, treatment and health care operations and as required by law. For uses and disclosures other than these purposes, your written authorization is required before sharing your health information. This includes sharing your health information with your spouse, relatives, employer, etc. This form allows you to authorize the Company to use or disclose your health information including HIV-related information to those individuals or entities you specify.)

Lea lo siguiente antes de completar el formulario ***(Please read before completing this form)***

- Las autorizaciones incompletas no se considerarán válidas, se rechazarán y se devolverán. **Se utiliza un asterisco (*) para indicar los campos obligatorios en este formulario.** *(Incomplete authorizations will be considered invalid and will not be accepted. Incomplete authorizations will be returned. An asterisk (*) is used to denote the required fields)*
- Completar este formulario de autorización es opcional. Puede negarse a firmar este formulario, pero, en tal caso, la Empresa no podrá divulgar su información. *(Completion of this authorization form is voluntary. You may refuse to sign this form, but then Company will not be able to release your information.)*
- Podrá obtener una copia de esta autorización, pero debe conservar una para sus archivos. *(A copy of this authorization will be available to you, but you should retain a copy for your records.)*
- Firmar o no firmar este formulario no afectará ningún pago, inscripción o elegibilidad para las decisiones de beneficios que tome la Empresa. *(Signing or not signing this form will not affect any payment, enrollment or eligibility for benefit decisions made by Company.)*
- Si la persona o entidad que recibe esta información no es un proveedor de atención médica o un plan de salud cubierto por las normas federales de privacidad, la información descrita en esta autorización puede divulgarse a otras personas o instituciones y ya no estará protegida por estas normas. *(If the person or entity receiving this information is not a health care provider or health plan covered by federal privacy regulations, the information described in this authorization may be disclosed to other individuals or institutions and no longer protected by these regulations.)*

- Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviando una carta a la dirección que se indica a continuación. Su aviso de revocación no se aplicará a las acciones realizadas por la persona/entidad solicitante antes de la fecha en que recibimos su solicitud por escrito para revocar esta autorización. *(You may revoke this authorization in writing at any time by sending a letter to the address listed below. Your revocation notice will not apply to actions taken by the requesting person/entity prior to the date we received your written request to revoke this authorization.)*

**Envíe la autorización completa y firmada a la
siguiente dirección:**

(Send completed and signed authorization to:)

Nova Healthcare Administrators
P.O. Box 408
Buffalo, NY 14231
Fax: (716) 250-7193
memberservice@novahealthcare.com

**Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a Nova
al número que se indica en su tarjeta de identificación o envíe un correo
electrónico a memberservice@novahealthcare.com.**

**(If you need assistance completing this form, please contact Nova
using the number listed on your ID card or email
memberservice@novahealthcare.com.)**

Autorización para divulgar información de salud protegida (Authorization to Disclose Protected Health Information)

Sección A: información del miembro* (Section A: Member Information)

Nombre*: (Name)	Fecha de nacimiento*: (Date of Birth) / /	Identificación de miembro*: (Member ID) _____ - _____
---------------------------	--	--

Sección B: personas autorizadas* (se requiere al menos una persona)

(Section B: Authorized Individuals* (at least one individual is required))

Indique las personas o entidades que autoriza para que vea o reciba su información de salud. Si necesita más espacio para enumerar a las personas o entidades, adjunte otra página.

(Please list the individuals and/or entities that you are authorizing to view or receive your health information. If more space is required to list individuals or entities, please attach an additional page.)

1.	Nombre*: (Name)	Relación*: (Relationship)	Número de teléfono*: (Telephone Number) ()
2.	Nombre: (Name)	Relación: (Relationship)	Número de teléfono: (Telephone Number) ()
3.	Nombre: (Name)	Relación: (Relationship)	Número de teléfono: (Telephone Number) ()

Sección C: información que puede divulgarse (Seleccione C-1 o C-2 y si corresponde, C-3)*

(Section C: Information That Can Be Released (Select C-1 or C-2 and if applicable, C-3))

Si necesita más espacio para describir la información que se puede divulgar, adjunte una otra página.
(If more space is needed to describe the information that can be released, please attach an additional page.)

☐ **C-1: me gustaría que divulgue cualquier información sobre mi salud solicitada por las personas o entidades nombradas en la Sección B. Esto no incluye la información en la Parte C-3 (a continuación) a menos que haya colocado mis iniciales junto a la afección. Si no coloco mis iniciales en C-3, no se divulgará la información relacionada con dichas afecciones.**
(C-1: I would like you to disclose any of my health information requested by the individuals and/or entities named in Section B. This does not include information in Part C-3 (below) unless I have placed my initials next to the condition. If I do not place my initials in C-3, information related to those conditions will not be disclosed.)

O (OR)

☐ **C-2: solo la siguiente información de salud específica (como reclamos presentados por un proveedor específico o información relacionada con uno de los diagnósticos protegidos que se enumeran a continuación):**
(C-2: Only the following specific health information (such as claims submitted by a specific provider or information related to one of the protected diagnoses listed below)

Y SI CORRESPONDE (AND IF APPLICABLE)

C-3: a menos que esté específicamente escrito con mis iniciales a continuación, entiendo que mi información de salud en relación con las siguientes afecciones no se divulgará. Al colocar mis iniciales junto a una o más de estas afecciones, autorizo a la Empresa a divulgar información relacionada a las afecciones (consultar la página 4 para obtener más información):

(C-3: Unless specifically initialed below, I understand my health information will not be disclosed related to the following conditions. By placing my initials next to one or more of these conditions, I am authorizing Company to disclose information related to the condition(s) (see page 4 for additional information)

_____ Abuso de alcohol y otras sustancias (*Alcohol and/or Substance Abuse*)

_____ Información relacionada con el VIH (*HIV-Related*)

_____ Embarazo/pruebas de reproducción (*Pregnancy/Reproductive*)

_____ Salud mental (*Mental Health*)

_____ Enfermedad de transmisión (*Sexually Transmitted Diseases*)

_____ Pruebas genéticas (*Genetic Testing*)

Sección D: propósito y plazo *(Section D: Purpose and Time Period)*

A menos que se indique a continuación, las partes autorizadas en la Sección B pueden obtener su información de salud cuando la soliciten y desde la fecha de inicio de la cobertura de su plan.

(Unless noted below, the authorized parties in Section B can obtain your health information upon their request and from the start date of your plan coverage.)

- ☐ Propósito *(Purpose)*: _____
- ☐ Plazo *(Time Period)*: solo divulgue información de salud relacionada con las fechas de servicio desde *(ingresar fecha)* _____ hasta *(ingresar fecha)* _____.
(Only release health information concerning dates of service from (insert date) _____ to (insert date) _____.)

Sección E: vencimiento *(Section E: Expiration)*

Esta autorización cadurá de forma automática un (1) año después de la terminación de su inscripción, a su muerte, en el caso de un menor, cuando el menor nombrado cumpla dieciocho (18) años, o si la Empresa recibe una carta de usted en la que revoque esta autorización.

(This authorization will automatically expire one (1) year after termination of your enrollment, upon your death, in the case of a minor, when the named minor reaches the age of eighteen (18) years, or if Company receives a letter from you revoking this authorization.)

En el caso de fechas o sucesos no descritos en el párrafo anterior, puede especificar una fecha o suceso de vencimiento para esta autorización a continuación:

For dates or events not described in the preceding paragraph, you may specify an expiration date or event for this authorization below)

Esta autorización vencerá: *(This authorization Will expire)*

- ☐ En la siguiente fecha *(ingresar fecha)* _____
(On the following date (insert date))
- ☐ Ante el siguiente suceso: *(especificar)* _____
(On the following event: (please specify))

Sección F: Información del representante personal *(Section F: Personal Representative Information)*

Complete esta sección si es un representante personal que actúa en nombre de un miembro. Deberá incluir una copia de uno de los siguientes documentos como prueba de su representación legal y facultades:

(Complete this section if you are a personal representative that is acting on behalf of a member. You must include a copy of one of the following documents as proof of your legal representation and authority:

- ☐ Poder de atención médica válido (*Valid health care proxy*)
- ☐ Certificado de tutela emitido por un tribunal de jurisdicción correspondiente *(Certificate of guardianship issued by a Court of appropriate jurisdiction)*
- ☐ Responsable sustituto para la toma de decisiones designado conforme a la Ley de decisiones de atención médica familiar (Family Health Care Decisions Act, FHCDA) *(Surrogate decision maker appointed pursuant to Family Health Care Decisions Act (FHCDA))*

Si el miembro ha fallecido, envíe una copia de uno de los siguientes:

(If the member is deceased, please submit a copy of one of the following)

- ☐ Certificado de designación del administrador de una sucesión o cartas testamentarias *(Letters of Administration or Letters Testamentary)*

Nombre:
(Name)

Relación:
(Relationship)

Número de teléfono:
(Telephone Number)
()

Sección G: firma/fecha* (Section G: Signature/Date)

Lea con atención lo siguiente antes de firmar y consulte la página 4 para obtener más información.

(Please read the following carefully before you sign, and refer to page 4 for additional information.)

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente: (1) si la entidad autorizada para recibir mi información de salud no es un plan de salud, un proveedor de atención médica u otra entidad cubierta como se describe en la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), es posible que la información divulgada ya no esté protegida por las leyes, las normas y los reglamentos federales de privacidad; (2) la información divulgada solo incluirá información sobre salud mental, abuso de alcohol y otras sustancias, información relacionada con el VIH, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y pruebas reproductivas o genéticas si ordeno específicamente a la Empresa que divulgue esa información; (3) no estoy obligado a firmar este formulario, pero en caso de no hacerlo, no se considerará válido, se me devolverá y la Empresa no divulgará ninguna información; (4) puedo revocar esta autorización en cualquier momento dando aviso a la Empresa por escrito; (5) si revoco esta autorización, mi revocación no tendrá ningún efecto sobre las acciones que la Empresa tomó de acuerdo con esta autorización antes de que recibiera mi revocación; y (6) es mi elección firmar este formulario, y dicha decisión no afectará ningún pago, inscripción o elegibilidad para las decisiones de beneficios realizadas por la Empresa.

(By signing this form, I understand the following: (1) if the entity authorized to receive my health information is not a health plan, health care provider or other covered entity as described by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule, the released information may no longer be protected by federal privacy laws, rules and regulations; (2) the information disclosed will only include mental health, alcohol and substance abuse, HIV-related information, sexually transmitted disease, pregnancy and reproductive and/or genetic testing information if I specifically direct Company to release that information; (3) I am not required to sign this form, but if I do not sign this form, it will not be considered valid, it will be returned to me and no information will be released by Company; (4) I may revoke this authorization at any time by notifying Company in writing; (5) if I do revoke this authorization, my revocation will have no effect on any actions Company took according to this authorization before Company received my revocation; and (6) it is my choice whether I sign this form and signing or not signing this authorization will not affect any payment, enrollment, or eligibility for benefit decisions made by Company.)

☐ Al marcar esta casilla, este formulario reemplaza cualquier formulario de autorización de la HIPAA anterior enviado a la Empresa. *(By checking this box, this form replaces any HIPAA authorization forms previously sent to Company.)*

Firmo esta autorización bajo pena de perjurio y doy fe de que la información contenida en esta autorización es verdadera y correcta y la Empresa puede confiar en ella.

(I sign this authorization under penalty of perjury and attest that the information contained in this authorization is true and correct and may be relied upon by Company.)

Fecha: _____
(Date)

Firma del miembro o representante personal

(Signature of Member or Personal Representative)

Información sensible (Sensitive information)

- **Información sobre el abuso de alcohol y otras sustancias** (*Alcohol and Substance Abuse Information*)

Al poner sus iniciales en la casilla correspondiente de este formulario, se puede proporcionar información sobre el abuso de alcohol y otras sustancias a las personas que usted nombró en este formulario. Si se divulga la información de los registros de abuso de alcohol u otras sustancias protegidas por las normas federales de confidencialidad (parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales), estas normas prohíben que el destinatario haga más divulgaciones de esta información a menos que se permita expresamente una mayor divulgación con el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponda o según lo permitido por estas normas.

(By initialing the appropriate box on this form, alcohol and substance abuse information can be provided to the individuals listed by you on this form. If information is disclosed from alcohol or substance abuse records protected by federal confidentiality rules (42 CFR Part 2), these rules prohibit the recipient from making any further disclosure of this information unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by these rules.)

- **Información relacionada con el VIH** (*HIV-Related Information*)

Al poner sus iniciales en la casilla correspondiente de este formulario, se puede proporcionar información relacionada con el VIH a las personas que usted nombró en este formulario. La información relacionada incluye cualquier información que indique que una persona se ha realizado una prueba de VIH, o tiene infección por VIH, enfermedad relacionada con el VIH o SIDA o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

(By initialing the appropriate box on this form, HIV-related information can be provided to the individuals listed by you on this form. HIV-related information is any information indicating that a person has had an HIV-related test, or has HIV infection, HIV-related illness or AIDS, or any information that could indicate a person has been potentially exposed to HIV.)

Por ejemplo, según la ley del estado de Nueva York, la información relacionada con el VIH solo se puede proporcionar a las personas a las que usted permita mediante la firma de un comunicado por escrito. Esta información también se puede divulgar a los siguientes: proveedores de atención médica que lo atienden a usted o a su hijo expuesto; funcionarios de salud cuando lo exija la ley; aseguradores para permitir el pago; organismos autorizados involucrados en cuidado de crianza temporal o adopción; personal oficial de centros correccionales, libertad condicional y libertad bajo palabra; personal de emergencia o de atención médica que se expone accidentalmente a la sangre infectada; orden judicial especial; abogado asignado para representar a un menor o por un albacea o administrador de un patrimonio (artículo 2782 de la Ley de Salud Pública). Según la ley estatal, cualquier persona que divulgue de forma ilegal información relacionada con el VIH puede ser sancionada con una multa de hasta \$5000 y una pena de cárcel de hasta un año. Sin embargo, algunas divulgaciones de información médica o información relacionada con el VIH no están protegidas por la ley federal. Para obtener más información sobre la confidencialidad de la información del VIH, llame a la línea directa de confidencialidad del VIH del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-962-5065; para obtener información sobre la protección federal de la privacidad, llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019.

(For example, under New York state law, HIV-related information can only be given to people you allow to have it by signing a written release. This information may also be released to the following: health providers caring for you or your exposed child; health officials when required by law; insurers to permit payment; authorized agencies involved in foster care or adoption; official correctional, probation and parole staff; emergency or health care staff who are accidentally exposed to your blood; special court order; attorney assigned to represent a minor or by an executor or administrator of an estate (Public Health Law §2782). Under state law, anyone who illegally discloses HIV-related information may be punished by a fine of up to \$5,000 and a jail term of up to one year. However, some re-disclosures of medical and/or HIV-related information are not protected under federal law. For more information about HIV confidentiality, call the New York State Department of Health HIV Confidentiality Hotline at 1-800-962-5065; for information regarding federal privacy protection, call the Office for Civil Rights at 1-800-368-1019.)

- **Información sobre el embarazo y la salud reproductiva** (*Pregnancy and Reproductive Information*)

Al poner sus iniciales en la casilla correspondiente de este formulario, se puede proporcionar información relacionada con el embarazo y la salud reproductiva a las personas que usted nombró en este formulario. La información sobre el embarazo y la salud reproductiva no se puede divulgar, ni siquiera a un padre o tutor de un paciente menor de edad, sin la autorización específica del paciente (artículo 17 de la Ley de Salud Pública).

(By initialing the appropriate box on this form, information relating to pregnancy and reproductive health can be provided to the individuals listed by you on this form. Information regarding pregnancy and reproductive health cannot be disclosed, even to a parent or guardian of a minor patient, without the specific authorization of the patient (Public Health Law §17).)

- **Información de salud mental** (*Mental Health Information*)

Al poner sus iniciales en la casilla correspondiente de este formulario, se puede proporcionar información sobre la salud mental a las personas que usted nombró en este formulario. La información sobre la salud mental, incluidos los registros clínicos y la información de un paciente, se puede divulgar, con su consentimiento o el consentimiento de una persona autorizada para actuar en su nombre, a los organismos autorizados enumeradas por usted en este formulario que tienen una necesidad demostrable de dicha información siempre que no exista un motivo razonable de que la divulgación será perjudicial para usted o para otros (artículo 33-13 de la Ley de

Salud Mental).

(By initialing the appropriate box on this form, mental health information can be provided to the individuals listed by you on this form. Mental health information, including a patient's clinical records and information can be released, with your consent or the consent of someone authorized to act on your behalf, to those authorized agencies listed by you on this form who have a demonstrable need for such information provided such disclosure will not reasonably be expected to be detrimental to you or others (Mental Hygiene §33.13).)

- **Enfermedades de transmisión sexual** *(Sexually Transmitted Diseases)*

Al poner sus iniciales en la casilla correspondiente de este formulario, se puede proporcionar información sobre enfermedades de transmisión sexual a las personas que usted nombró en este formulario. Los padres pueden acceder a la mayoría de los registros médicos de sus hijos hasta que el niño cumpla 18 años, con la excepción de la información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (artículo 17 de la Ley de Salud Pública). Dicha información no se puede divulgar a ninguna parte, incluidos los padres o tutores del niño, sin la autorización específica del niño.

(By initialing the appropriate box on this form, information regarding sexually transmitted disease can be provided to the individuals listed by you on this form. Parents may access most of their child's medical records until the child turns 18, with the exception of information relating to the diagnosis and treatment of sexually transmitted disease (Public Health Law §17). Such information cannot be released to any party, including the child's parent or guardian, without the child's specific authorization.)

- **Pruebas genéticas** *(Genetic Testing)*

Al poner sus iniciales en la casilla correspondiente de este formulario, se puede proporcionar información sobre las pruebas genéticas a las personas que usted nombró en este formulario. La información sobre las pruebas genéticas incluye cualquier información relacionada con pruebas de laboratorio de ADN humano, cromosomas, genes o productos genéticos para diagnosticar una predisposición a una enfermedad genética de discapacidad en la persona o la descendencia (artículo 79-I de la Ley de Derechos Civiles). La información sobre las pruebas genéticas no se divulgará sin su consentimiento específico, con la excepción de la información divulgada a una aseguradora de salud u organización de mantenimiento de la salud con el fin de administrar reclamos.

(By initialing the appropriate box on this form, genetic testing information can be provided to the individuals listed by you on this form. Genetic testing information includes any information relating to laboratory tests of human DNA, chromosomes, genes or gene products to diagnose a predisposition to a genetic disease of disability in the individual or offspring (Civil Rights Law §79-I). Genetic testing information shall not be released without your specific consent with the exception of information released to a health insurer or health maintenance organization for the purpose of claims administration.)

Instrucciones para completar la autorización para divulgar información de salud protegida
(Instructions for Completion of Authorization to Disclose Protected Health Information)

Sección A (Section A): ingrese su nombre, fecha de nacimiento y su número de identificación de miembro, incluido su sufijo.

(Section A: Enter your name, date of birth, and your member ID number including your suffix)

Sección B: indique el nombre, la relación y el número de teléfono de las personas o entidades a las que está autorizando a ver o recibir su información de salud.

(Section B: List the name, relationship, and telephone number for the individuals and/or entities that you are authorizing to view or receive your health information.)

Sección C: elija la casilla C-1 O la casilla C-2 Y la inicial C-3, si corresponde.

(Section C: Choose either Box C-1 OR box C-2 AND initial C-3 if applicable.)

- **Casilla C-1:** seleccione esta casilla para permitir que se divulgue toda su información de salud. Tenga en cuenta que marcar esta casilla por sí sola NO incluye las afecciones delicadas enumeradas en C-3, en la que debe marcar sus iniciales por separado.
(Box C-1: Select this box to permit all of your health information to be disclosed. Please note, checking this box alone does NOT include the sensitive conditions listed in C-3, which you must separately initial in C-3.)
- **Casilla C-2:** seleccione esta casilla para limitar la información de salud que quiere que se divulgue. Debe escribir la información específica que esté autorizando a ser divulgada y ser lo más detallista posible. Tenga en cuenta que marcar esta casilla por sí sola NO incluye las afecciones delicadas enumeradas en C-3, en la que debe marcar sus iniciales por separado o escribir aquí a mano.
(Box C-2: Select this box to limit the health information that you wish to be disclosed. You should write in the specific information you are authorizing to be disclosed and be as detailed as possible. Please note, checking this box alone does NOT include the sensitive conditions listed in C-3, which you must separately initial in C-3 or manually write in here.)
- **Casilla C-3:** si quiere que se divulgue alguna de estas afecciones sensibles, debe colocar aquí sus iniciales de forma individual.
(Box C-3: If you wish for any of these sensitive conditions to be disclosed, you must initial them individually here.)

Sección D: puede dejar esta sección en blanco para usar las normas de propósito y plazo como se indica en el formulario, o puede especificar un propósito o plazo diferentes.

(Section D: You may leave this section blank to default to the purpose and time period rules as indicated on the form, or you may specify a different purpose and/or time period.)

- **Propósito:** los casos en los que está autorizando la divulgación de la información. Por ejemplo, puede optar por enumerar un propósito limitado, como un litigio o una resolución de pago de reclamos. Si se deja en blanco, sus representantes pueden obtener su información cuando la soliciten.
(Purpose: The circumstances in which you are authorizing the information to be disclosed. For instance, you may choose to list a narrow purpose such as litigation or claim payment resolution. If left blank, your representatives may obtain your information upon their request.)

- **Plazo:** el alcance de la información a publicar. Por ejemplo, puede optar por enumerar un plazo específico, como del 1/1/2021 al 31/12/2021. Si se deja en blanco, sus representantes pueden obtener su información a partir de la fecha de inicio de la cobertura de su plan.

(Time Period: The scope of the information to be released. For instance, you may choose to list a specific time frame such as 1/01/2021-12/31/2021. If left blank, your representatives may obtain your information from the start date of your plan coverage.)

Sección E: este formulario caducará de forma automática cuando ocurran los sucesos mencionados en el formulario, pero puede especificar otras fechas o sucesos que harían que el formulario caduque, como su muerte o una fecha específica.

(Section E: This form will expire automatically upon the events noted on the form, but you may specify additional dates or events that would trigger the form to expire, such as upon your death or listing a specific date.)

Sección F: si usted es un representante personal que actúa en nombre de un miembro al firmar esta autorización, verifique qué autoridad posee e incluya una copia de los documentos pertinentes como prueba de su representación legal y autoridad. Indique su nombre y número de teléfono y su relación con el miembro.

(Section F: If you are a personal representative that is acting on behalf of a member in signing this authorization, please check which authority you hold and include a copy of the relevant document(s) as proof of your legal representation and authority. Please list your name and telephone number as well as relationship to the member.)

Sección G: firme y feche el formulario en esta sección, ya sea que lo complete para usted o en nombre del miembro. Recuerde que, si firma en nombre del miembro, debe incluir una copia de los documentos pertinentes como prueba de su representación legal y autoridad. Si quiere que este formulario reemplace los formularios de autorización de la HIPAA anteriores en los archivos de la Empresa, marque la casilla en esta sección.

(Section G: Please sign and date the form in this section, whether you are filling it out for yourself or on behalf of the member. As a reminder, if you are signing on behalf of the member, please include a copy of the relevant document(s) as proof of your legal representation and authority. If you wish this form to replace previous HIPAA Authorization forms on file with Company, please check the box in this section.)