



**Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

Autorizo a mis proveedores de atención médica con Fresenius Medical Care Holdings, Inc., también conocido como Fresenius Medical Care North America ("FMCNA"), incluyendo Fresenius Kidney Care, a divulgar mi información médica personal y de facturación a SelectQuote, una agencia de seguros autorizada independiente, con ciertas limitaciones enumeradas a continuación.

Permito que FMCNA comparta mi información con SelectQuote para que me ayude a identificar las posibles opciones de seguro médico, incluyendo Medicare Advantage. Autorizo a que se comparta lo siguiente: mi nombre, información de contacto, fecha de nacimiento, proveedor(es) médico(s), medicamentos e información actual sobre el seguro médico o pagos, incluida la participación en cualquier programa de asistencia financiera. También autorizo a que un representante de Select Quote se comunique conmigo.

**Puedo negarme a firmar, o puedo revocar esta Autorización en cualquier momento y por cualquier motivo.**

Si lo hago, FMCNA puede continuar utilizando y divulgando mi información a otros destinatarios si así lo permiten las leyes federales y estatales, como facilitar mi tratamiento de diálisis.

**Mi Autorización firmada permanecerá vigente hasta que notifique por escrito que revoco esta Autorización o durante un año, lo que ocurra primero.** Puedo revocar esta Autorización notificando a la Oficina de Privacidad de FMCNA por teléfono (1-800-662-1237 ext. 4235), por correo electrónico ([Privacy@fmc-na.com](mailto:Privacy@fmc-na.com)) o por correo (Atención: FMCNA Privacy Officer, 920 Winter Street, Waltham, MA 02451). La revocación entrará en vigencia inmediatamente una vez que FMCNA reciba mi notificación por escrito, excepto que no tendrá ningún efecto en las divulgaciones de FMCNA a SelectQuote antes de mi revocación.

Comprendo que una vez que mi información médica haya sido divulgada a SelectQuote, SelectQuote puede volver a divulgar la información a otros que pueden no seguir las mismas leyes federales o estatales que FMCNA con respecto a mi información médica.

He leído y comprendo los términos de esta Autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Mediante mi firma, autorizo a FMCNA a usar o divulgar mi información médica de la manera descrita.

***Firma del individuo***

***Fecha de firma***

***Nombre en letra de imprenta***