

Escriba en letra de molde con tinta azul o negra.

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida ("PHI") donde las leyes federales y estatales sobre la privacidad exijan su autorización. Su autorización permite que First Choice VIP Care Plus (Plan Medicare-Medicaid) comparta su PHI con la(s) persona(s) u organización(es) que usted elige. También puede optar por permitir que la(s) persona(s) u organización(es) comparta(n) su PHI con First Choice VIP Care Plus. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento contactando a First Choice VIP Care Plus. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana si necesita más información.

Parte A. Información del miembro: (persona cuya PHI será compartida)

Nombre del miembro:		Inicial de segundo nombre:	
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Domicilio del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del miembro:		Número de teléfono durante el día (con código de área):	
Dirección de correo electrónico del miembro:			

Parte B. Destinatario: (la persona u organización que recibirá su PHI)

La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:			
¿Desea que la siguiente persona u organización comparta también su PHI con nosotros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre:		Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono (con código de área):			
Relación con el miembro en la Parte A:			
Dirección de correo electrónico del destinatario:			

Parte C. Descripción de la PHI a compartir

Díganos qué tipo de PHI podemos compartir. Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe marcar una casilla como mínimo. Nota: Las leyes estatales y federales permiten que se comparta parte de la PHI sin su autorización.

- Registros de afecciones no sensibles.** Toda la información médica protegida ("PHI") relacionada con mi salud y la provisión y el pago de mis beneficios y servicios de atención médica, **excepto la relativa a las afecciones sensibles que se indica a continuación.**
Nota: La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.
- Registros de afecciones sensibles.** Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir PHI sensible. Marque las casillas siguientes para la PHI sensible que acepta compartir. Al marcar estas casillas, nos autoriza a compartir todos sus registros que contengan ese tipo de PHI. Si solo quiere darnos la autorización para que compartamos un subgrupo de registros, como registros sobre un solo diagnóstico, complete la sección "Solo información limitada" en la página 2.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información genética | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias o alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas |
| <input type="checkbox"/> Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado) | |

Autorización para compartir información médica

Parte C. Descripción de la PHI a compartir (continuación)

Solo información limitada. En el cuadro siguiente, describa la PHI que quiere que se comparta. Ejemplos:

- El reclamo relacionado con el servicio del [fecha].
- Información de apelación relacionada con el reclamo que realicé el [fecha].

Describa la información que desea que compartamos:

Parte D. Propósito de esta autorización

Esta autorización es válida para compartir la PHI para los siguientes propósitos. (Marque una o ambas casillas).

Para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y/o pagar mis necesidades médicas

Por el siguiente motivo:

Esta autorización no será válida si se utiliza para cualquier otro propósito que no sea alguno de los que se mencionan más arriba.

Parte E. Fecha de caducidad de esta autorización

Esta autorización caducará: Marque una sola casilla.

Quiero que la autorización caduque un (1) año después de que finalice mi cobertura con First Choice VIP Care Plus. (Ver información a continuación).*

En la fecha, evento o condición siguiente*:

* First Choice VIP Care Plus debe ser notificado del evento o la condición para cancelar esta autorización. En North Carolina y New Jersey, esta autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En New Hampshire, la autorización expira automáticamente dos años después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En Louisiana, si usted solicita compartir su información genética, la autorización expira 60 días después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En el Distrito de Columbia, si usted solicita compartir información sobre la salud mental, la autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa.

Parte F. Aprobación: Usted **O** su representante personal debe firmar y fechar este formulario para que se procese.

Entiendo que esta autorización para compartir mi PHI es voluntaria y no es una condición para la inscripción en First Choice VIP Care Plus, la elegibilidad para beneficios o el pago de reclamaciones. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a First Choice VIP Care Plus y que la cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida que se haya tomado en virtud de la autorización antes de que yo solicitara la cancelación. También entiendo que, si cancelo esta autorización, debo notificar por separado a la(s) persona(s) u organización(es) mencionada(s) en la Parte B si deseo que esa(s) persona(s) u organización(es) deje(n) de compartir mi PHI. También entiendo que, si la persona u organización a la que autorizo recibir mi PHI descrita anteriormente no está sujeta a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica, esta luego puede compartir mi PHI y que ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. También entiendo que mi representante personal o yo tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y revisar la PHI que puede ser compartida debido a esta autorización.

Autorización para compartir información médica

Firma del miembro: Al firmar a continuación, autorizo compartir mi PHI como se describe anteriormente.

Firma del miembro:

Fecha:

Información del representante personal: Al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del miembro que se describe anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del miembro. Una copia de un poder notarial u otra documentación legal debe estar archivada con First Choice VIP Care Plus o ser entregada con este formulario).

Nombre en letra de molde del representante personal:

Domicilio del representante:

Descripción de la autoridad del representante personal:

Firma del representante personal:

Fecha:

Número de teléfono:

Envíe el formulario completado a: Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092

Número de fax: **1-833-214-2242** (sin cargo)

Anexo de la autorización para compartir información médica

Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro identificado en la Parte A anterior es **físicamente incapaz** de firmar esta autorización. El consentimiento verbal no reemplaza la necesidad de presentar documentación que demuestre que otra persona es el representante personal del miembro, y no puede reemplazar esta documentación simplemente porque para el miembro es inconveniente firmarla.

Razón por la que el miembro no puede firmar:

Las firmas a continuación indican lo siguiente:

- El miembro recibió la información que contiene este formulario.
- El miembro indicó que comprende la información contenida en esta autorización.
- El miembro dio libremente su consentimiento.

Método de comunicación con el miembro:

Teléfono

En persona

Otro (explique):

Nombre del testigo en letra de molde:

Nombre del testigo en letra de molde:

Firma del testigo:

Firma del testigo:

Fecha:

Fecha:

La discriminación es contra la ley

First Choice VIP Care Plus cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. First Choice VIP Care Plus no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

First Choice VIP Care Plus

- Proporciona a las personas con discapacidades asistencia y servicios gratuitos para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus al 1-888-978-0862 (TDD/TTY: 711). Estamos disponibles de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Si cree que First Choice VIP Care Plus no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal en:

- First Choice VIP Care Plus Grievances and Complaints Department, P.O. Box 7140, London, KY 40742-7140. Teléfono: 1-888-978-0862 (TDD/TTY: 711), Fax: 1-855-238-0395.
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles (en inglés, U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Insert **Multi-language Interpreter Services**

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-978-0862 (TTY: 711), 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérpretes sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para hablar con un intérprete, simplemente llame al 1-888-978-0862 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，以回答您对于我们的健康或药物计划的任何问题。如需口译服务，您只需要每周七天、每天上午 8 时到晚间 8 时拨打我们的电话 1-888-978-0862 (TTY 711)。会说中文的人将为您提供帮助。这项服务免费。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan maaaring mayroon kayo hinggil sa aming planong pangkalusugan o para sa gamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-978-0862 (TTY: 711), 8 a.m. hanggang 8 p.m., pitong araw sa isang linggo. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay isang libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-978-0862 (TTY: 711) de 8 h à 20 h, sept jours sur sept. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc men của chúng tôi. Nếu quý vị cần thông dịch viên, xin gọi 1-888-978-0862 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày một tuần. Sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-978-0862 (TTY: 711) an, von 8 Uhr bis 20 Uhr, sieben Tage die Woche. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 주 7일 오전 8 시에서 오후 8 시 사이에 전화 1-888-978-0862(TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового плана или покрытия лекарств, вы можете воспользоваться нашими бесплатными Услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-888-978-0862 (TTY: 711) с 8 утра до 8 вечера семь дней в неделю. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخطتنا الصحية أو العلاجية. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-888-978-0862 (TTY: 711)، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. ستحصل على المساعدة من قبل شخص يتحدث باللغة العربية، مع العلم بأن هذه الخدمة مجانية.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-978-0862 (TTY: 711), fra le 8 a.m. e le 8 p.m., sette giorni la settimana. Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer dúvida que você tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para solicitar um intérprete, entre em contato conosco através do número 1-888-978-0862 (TTY: 711), disponível todos os dias da semana das 8h às 20h. Você será auxiliado(a) por alguém que fala português. Esse serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-888-978-0862 (TTY: 711), 8è nan maten pou 8è diswa, sèt jou sou sèt. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza ustnego, który pomoże uzyskać odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub farmaceutycznego obejmującego leki i ich dawkowanie. Aby skorzystać z pomocy tłumacza mówiącego po polsku należy zadzwonić pod numer 1-888-978-0862 (TTY: 711), w godzinach od 8:00 do 20:00, siedem dni w tygodniu. Ta usługa jest bezpłatna.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-978-0862 (TTY: 711) पर फोन करें सप्ताह के सातों दिन सुबह 8 बजे से रात 8 बजे तक. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Ukrainian: Ми надаємо безкоштовні послуги усного перекладу для відповіді на будь-які питання, які у вас можуть виникнути щодо нашого плану медичного або фармацевтичного страхування. Щоб скористатися послугою перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-888-978-0862 (TTY: 711), з 8:00 до 20:00, 7 днів на тиждень. Хтось, хто володіє українською мовою, зможе вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

Pashto:

مور د ترجمان خدمتونه په وړيا توگه وړاندې کوو خو تاسو ته د هغه ټولو پوښتنو ځواب درکړو، چې تاسو یې زموږ د روغتیا یا درملو د پلان په اړه لرئ. د ترجمان ترلاسه کولو لپاره، موږ ته په 1-888-978-0862 (TTY: 711) د اوونۍ اووه ورځې، سهار له 8 څخه ماخوستن تر 8 بجو پورې زنگ ووهئ. یو پښتو ویونکی کس به ستاسو سره مرسته وکړي. دا خدمت وړیا دی.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধের পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যে দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, আমাদেরকে শুধু 1-888-978-0862 (TTY: 711) নম্বরে ফোন করুন, 8 a.m. থেকে 8 p.m. পর্যন্ত, সপ্তাহে সাত দিন। বাংলায় কথা বলেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারবেন। এই পরিষেবা বিনামূল্যে প্রদান করা হয়।

Farsi:

ما از خدمات مترجم شفاهی رایگان برخوردار هستیم تا پرسش های احتمالی شما در مورد طرح بیمه سلامت یا دارو پاسخ دهیم. جهت دریافت یک مترجم شفاهی، در هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب فقط با شماره 1-888-978-0862 (TTY: 711) تماس حاصل فرمایید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Albanian: Ne kemi shërbime përkthimi falas për t'iu përgjigjur çdo pyetjeje që mund të keni në lidhje me planin tonë shëndetësor ose të ilaçeve. Për të patur një përkthyes, thjesht na telefononi në numrin 1-888-978-0862 (TTY: 711), 8:00-20:00, shtatë ditë në javë. Dikush që flet shqip mund t'ju ndihmojë. Ky është një shërbim falas pa pagesë.

Dari:

ما خدمات ترجمان همزمان رایگان را عرضه می کنیم تا به کدام سوالی که ممکن است شما در مورد پلان صحی یا دوايي داشته باشید جواب بدهیم. برای برخورداري از یک ترجمان همزمان، در هفت روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شام کافی است از طریق نمبر 1-888-978-0862 (TTY: 711) با ما به تماس شوید. شخصی که به لسان دری صحبت می کند می تواند به شما کمک نماید. این سرویس رایگان است.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-888-978-0862 (TTY: 711)**にお電話ください。通訳サービスは毎日午前 8 時から、午後 8 時までで、日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

First Choice VIP Care Plus es un plan médico que contrata con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para brindar los beneficios de ambos programas a los inscritos.

First Choice VIP Care Plus cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.