

Autorización para la divulgación de información médica



Este formulario se utiliza para autorizar la divulgación (uso compartido) de su información médica protegida (PHI). Eso significa que, al firmar este formulario, usted permite que First Choice VIP Care Plus (plan de Medicare-Medicaid) comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted menciona a continuación.

La PHI es información que se relaciona con su salud física y/o mental. Incluye la salud en cada etapa de su vida. Incluye su salud pasada, presente y futura. La PHI también puede estar relacionada con una afección específica o con un servicio médico que recibió. Incluye toda la información respecto de sus evaluaciones médicas, diagnósticos, tratamientos, y/o registros de recetas médicas. Compartir este tipo de información puede identificarlo ante otros. Las leyes federales y estatales limitan el intercambio de PHI.

Incluso si usted firma el formulario, puede cambiar de opinión sobre compartir su PHI. Solamente infórmenos. Puede informarnos mediante el envío de una carta por correo a nuestra oficina. Incluya la fecha, su nombre, su número de identificación de miembro y su dirección actual en la carta. Nuestra dirección postal es:

First Choice VIP Care Plus
 Consent Processing Center
 P.O. Box 7092
 London, KY 40742-7092

Una vez que recibamos la carta, dejaremos de compartir su PHI. Sin embargo, no podemos recuperar ninguna PHI que ya hayamos compartido. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios al Miembro por teléfono al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. o por fax al **1-855-238-0395**.

Sección A. Información del miembro

Mencione la persona cuya PHI puede ser compartida.

Nombre:		Inicial de segundo nombre:		
Apellido:		Número de identificación de miembro:		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): / /				
Dirección, línea 1:				
Dirección, línea 2:				
Ciudad:		Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Número de teléfono (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Dirección de correo electrónico:				

Autorización para la divulgación de información médica

Sección B. Información del destinatario

Mencione la persona u organización que pueden recibir su PHI. Puede adjuntar más páginas, si fuera necesario.

Nombre de la persona u organización:		
Inicial de segundo nombre:	Apellido:	
Número de teléfono (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de fax (si procede): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico:		

Nombre de la persona u organización:		
Inicial de segundo nombre:	Apellido:	
Número de teléfono (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de fax (si procede): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico:		

Nombre de la persona u organización:		
Inicial de segundo nombre:	Apellido:	
Número de teléfono (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de fax (si procede): (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico:		

Autorización para la divulgación de información médica

Sección C. Compartir notas de psicoterapia

Díganos si podemos compartir sus notas de psicoterapia.

La Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA) proporciona protecciones especiales para ciertos registros médicos conocidos como “notas de psicoterapia”. Son notas de un profesional de la salud mental sobre las conversaciones mantenidas durante una sesión de asesoramiento. La ley federal exige una autorización separada para compartir las notas de psicoterapia.

- No, no compartan mis notas de psicoterapia.
- Sí, compartan mis notas de psicoterapia. **Si marca esta casilla, no podrá marcar una casilla en la Sección D. Deberá completar otra copia de este formulario para autorizar compartir PHI adicional en la Sección D.**

Sección D. Compartir otra PHI

Díganos qué tipo de PHI podemos compartir. Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe seleccionar una casilla como mínimo.

- El registro completo.** Toda la PHI relacionada con la prestación y el pago de mis beneficios y servicios de atención médica. **Esto excluye las notas de psicoterapia.**
- Registros especiales.** Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir cierta PHI. Marque las casillas siguientes para la PHI que acepta compartir. Al marcar estas casillas y escribir sus iniciales, nos da su permiso para 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 siguiente **Otras solicitudes de registro.**

<input type="checkbox"/> Información genética	Iniciales:
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias tóxicas o alcohol	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Salud mental/ salud del comportamiento (incluido el tratamiento para pacientes hospitalizados)	Iniciales:

<input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Información que usted nos ha pedido que tratemos de manera confidencial	Iniciales:

- Otras solicitudes con respecto a registros.** En el cuadro siguiente, describa la PHI que desea que compartamos. Ejemplos:

- El reclamo relacionado con mi servicio realizado el [fecha].
- Información sobre la apelación de mi reclamo realizado el [fecha].

Describa la información que desea que compartamos:

Autorización para la divulgación de información médica

Sección E. Propósito de compartir la PHI

Díganos por qué está divulgando su PHI. **Si usted solicita compartir la información genética con un asegurador de Louisiana, esta autorización no será válida si se utiliza para cualquier otro propósito distinto al que se describe a continuación.**

<input type="checkbox"/> Administración de atención/administración de casos y coordinación.	<input type="checkbox"/> Finalidad legal.
<input type="checkbox"/> Facturación o reclamos.	<input type="checkbox"/> Escuela.
<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad.	<input type="checkbox"/> Vivienda u otros servicios de colocación.
<input type="checkbox"/> Empleo.	<input type="checkbox"/> Otro (describir):
<input type="checkbox"/> Uso personal.	

Sección F. Vencimiento

Díganos cuándo quiere que venza este formulario.

Esta autorización entra en vigencia inmediatamente. Pero puede decirnos cuándo quiere que venza. Puede cambiar esta opción en cualquier momento.

- Quiero que la autorización venza un año después de que finalice la cobertura que me presta First Choice VIP Care Plus.
- Quiero que la autorización venza ante el siguiente evento o condición: _____

*First Choice VIP Care Plus debe ser notificado por escrito del evento o la condición para cancelar o revocar esta autorización. Si usted está solicitando compartir la información genética con una aseguradora de Louisiana, la fecha de vencimiento debe ser dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la autorización. Si usted está solicitando compartir información sobre la salud mental en el Distrito de Columbia, la fecha de vencimiento debe estar dentro de los 365 días posteriores a la fecha de la autorización.

Sección G. Derechos y comprensión

Al firmar a continuación, usted reconoce que ha leído y recibido una explicación suficiente sobre este documento y que comprende la información siguiente y lo que nos está autorizando a hacer con su PHI:

- Toda la PHI que compartamos puede a su vez ser compartida por los destinatarios y ya no estar protegida por las regulaciones estatales o federales sobre privacidad.
- Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Sin embargo, cualquier acción que ya se haya tomado no se puede revertir, y su revocación no afectará dichas acciones.
- La firma de esta autorización para compartir su PHI es voluntaria y no es una condición para inscribirse en First Choice VIP Care Plus, para obtener la elegibilidad para obtener beneficios o el pago de reclamos.
- Las leyes federales y estatales pueden permitirnos cobrar una tarifa por copiar los registros. Es posible que tenga que pagar las copias por adelantado. De no ser así, es posible que reciba las copias junto con una factura.
- Usted tiene derecho a inspeccionar los materiales compartidos de acuerdo con esta autorización.
- En algunos casos, las leyes federales y estatales nos permiten compartir su PHI sin una autorización. Para más información, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad.

Si necesita más información, llame a Servicios al Miembro al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

Autorización para la divulgación de información médica

Sección H. Aprobación

Usted o su representante personal deben firmar y fechar este formulario.

Yo soy el miembro.

Al firmar debajo, autorizo a First Choice VIP Care Plus a compartir mi PHI tal como se describe anteriormente.

Nombre del miembro:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Firma del miembro:	Fecha (MM/DD/AAAA): / /	

Soy el representante personal.

¿Firma en nombre de otra persona?

Un representante personal es una persona que tiene la autoridad legal para actuar en nombre de una persona. First Choice VIP Care Plus debe tener una copia del poder notarial o de otra documentación legal o se la debe enviar junto con este formulario.

Nombre del representante personal:	Inicial de segundo nombre:
Apellido:	
Descripción de la autoridad del representante:	
Firma del representante personal:	
Fecha (MM/DD/AAAA): / /	
Número de teléfono (incluir código de área): () -	
Número de teléfono móvil (incluir código de área): () -	
Dirección de correo electrónico:	

Tipo de documento que está adjuntando:	
<input type="checkbox"/> Poder notarial para decisiones de atención médica <input type="checkbox"/> Tutela legal <input type="checkbox"/> Orden de custodia <input type="checkbox"/> Albacea del estado	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):

Devuelva el formulario de autorización completo a:

**First Choice VIP Care Plus
Consent Processing Center
P.O. Box 7092
London, KY 40742-7092**

Autorización para la divulgación de información médica

Anexo de la Autorización para la divulgación de información médica

Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro identificado en la Sección A mencionada anteriormente es físicamente incapaz de firmar esta autorización.

Motivo:

Las firmas a continuación indican:

- 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 (especificar):

Nombre del testigo en letras de molde:

Nombre del testigo en letras de molde:

Firma de testigo:

Firma de testigo:

Fecha: / /

Fecha: / /

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

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Servicios al Miembro de First Choice VIP Care Plus al **1-888-978-0862 (TTY 711)**, los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.