

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) administración de la atención para:  
**Pennsylvania Health Choices - Condados de Bucks, Delaware, Lehigh, Montgomery y Northampton**

**La Información de Salud Protegida (Protected Health Information, PHI)** es la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes dicen que no podemos dar su PHI a nadie más que a sus médicos o a Pennsylvania Health Choices a menos que usted lo **autorice**. Al firmar este documento, usted nos da su **autorización**. Solo daremos la PHI que usted nos dice que podemos compartir. Además, solo la divulgaremos a las personas o agencias que usted indique. ¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarle. Llame a Magellan a:

|                   |                    |                      |                    |                        |                         |
|-------------------|--------------------|----------------------|--------------------|------------------------|-------------------------|
| Condado de Bucks: | Condado de Cambria | Condado de Delaware: | Condado de Lehigh: | Condado de Montgomery: | Condado de Northampton: |
| 1-877-769-9784    | 1-800-424-0485     | 1-888-207-2911       | 1-866-238-2311     | 1-877-769-9782         | 1-866-238-2312          |

Los miembros con problemas de audición pueden comunicarse con nosotros utilizando los servicios de retransmisión de PA 7-1-1.

**DEBE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO. SI DEJA ALGUNA SECCIÓN EN BLANCO, SE LE DEVOLVERÁ EL FORMULARIO PARA QUE LO CORRIJA.**

**Parte 1 ¿Quién es el miembro?**

|                          |  |                                  |  |   |               |
|--------------------------|--|----------------------------------|--|---|---------------|
| Apellido                 |  | Nombre                           |  | Inicial del segundo nombre              |               |
| Número de identificación |  | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) |  | Número de teléfono (con código de área) |               |
| Dirección                |  | Ciudad                           |  | Estado                                  | Código postal |

**Marque una:**  Soy el miembro **O**  Tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona.  
(Marque una opción a continuación; si elige "otro", complete el espacio en blanco)  
Soy su:  Padre/Madre **O**  Tutor Legal **U**  Otro \_\_\_\_\_

**Parte 2 ¿Quién puede divulgar la PHI?**

Magellan puede divulgar su PHI. Magellan administra su salud mental o tratamiento por drogas y alcohol para Pennsylvania Health Choices en su condado.

**Parte 3 ¿A quién se le podrá divulgar la PHI?**

Por favor, escriba el nombre y apellido de la persona O el nombre del lugar/centro/médico que puede recibir su PHI. También necesitamos el número de teléfono y dirección si lo sabe. Solo incluya a una (1) persona o lugar en esta sección.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Nombre/Centro/Médico (por favor, sea tan específico como sea posible) |  | Número de teléfono (con código de área) |  |
| Dirección   |  | Ciudad, estado y código postal          |  |

**Parte 4 ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?**

Compartiremos **únicamente** la PHI que usted **autorice**. Anote exactamente qué tipo de PHI podemos compartir en los renglones de abajo. Si puede, indique la fecha y el lugar (por ejemplo, "información sobre toda mi atención médica en junio de 2011"). Puede incluir datos sobre su medicina, sobre su salud mental y/o el tratamiento por drogas y alcohol. No cubre notas de psicoterapia que no están en sus expedientes médicos. \_\_\_\_\_

Si está bien incluir este tipo de información de salud en el PHI que usted nos permitió compartir anteriormente, indíquenos marcando la casilla (**Marque todas las que correspondan**):

VIH/SIDA  Expedientes sobre abuso de alcohol/sustancias  Abuso sexual/físico/mental

**PASAR A LA SIGUIENTE PÁGINA**

**Parte 5 ¿Por qué divulga esta PHI?**

Indíquenos **por qué** desea compartir su PHI (se debe completar esta sección y no se puede dejar en blanco): \_\_\_\_\_

**Parte 6 ¿Cuándo finaliza mi autorización?**

Por favor, indíquenos la fecha o el evento en el que desea que dejemos de compartir su información de salud. Su autorización terminará cuando usted nos avise que terminó. **Díganos cuándo desea que finalice su autorización:**

**Mi autorización finaliza en esta fecha** \_\_\_\_\_ (Por favor, ingrese una fecha en esta casilla en blanco. No puede ser más de un año a partir de su **Autorización**)

**Mi autorización finaliza cuando ocurra lo siguiente:** \_\_\_\_\_  
(puede ser algo como, *puede compartir mi información esta única vez*. O *"cuando salga del hospital en un mes"*. No puede ser *"para siempre"* o *"cuando muera"*. El evento deben ser dentro del año en el que usted firma)

**Parte 7 Sus derechos e información importante**

- Dar su **autorización** es su decisión. No está obligado a compartir su información.
- No tiene que **autorizar** este documento. Continuará recibiendo los beneficios y tratamientos.
- Usted puede revocar su **autorización**. Debe comunicarnos esto por escrito. Enviarlo por correo a: Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc., 105 Terry Drive, Suite 103, Newtown, PA 18940
- ¿Qué sucede si usted revoca su **autorización**? Esto no aplicará a la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, **no** seguiremos compartiendo su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas o agencias que usted nombró, ellos podrán compartirla con otros. No todos tienen que cumplir con las reglas de privacidad.
- Usted tiene derecho a obtener una copia de esta **autorización** firmada. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número antes indicado.
- Si no comprende o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame a Magellan al número antes indicado.
- Usted debe recibir una copia de este documento firmado. Recuerde, Información de Salud Protegida (PHI) significa cualquier tipo de información sobre su salud, ya sea pasada, presente o futura. Incluye información como su dirección y fecha de nacimiento. En el Título 45 del Código del Reglamento Federal (CFR, por sus siglas en inglés), §160.103, se encuentra una definición completa de la PHI.

**Parte 8 Firma del miembro**

**Autorizo** que se comparta la información detallada en este documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma o marca del miembro**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (requerido)**

**Parte 9 Firma del representante autorizado (si hubiera)**

Ser **Representante Autorizado** significa que usted tiene prueba legal para actuar en representación de esta persona. El representante firma por la persona que no puede firmar legalmente en su propio nombre. Si el miembro es menor de 18 años de edad, su padre/madre o tutor deberán firmar en su nombre. Si usted cuenta con una constancia legal de que puede actuar en nombre de esta persona, por favor envíe esa documentación junto con este formulario.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona que firma en nombre del miembro**

\_\_\_\_\_  
**Fecha (requerido)**

**Nombre en imprenta:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**AVISO A LAS PERSONAS QUE NO SON EL MIEMBRO**

Esta información se le ha divulgado de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y/o estatales. Si los expedientes están protegidos bajo normas federales sobre la confidencialidad de los expedientes del paciente sobre abuso de alcohol y drogas (Código del Reglamento Federal (CFR), Título 42, Parte 2), usted tiene prohibido hacer alguna divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación esté permitida expresamente por medio del consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o de otra manera permitida por el Código del Reglamento Federal (CFR), Título 42, Parte 2). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las reglas federales limitan cualquier uso de la información para realizar investigaciones penales o enjuiciar a un paciente por abuso de alcohol y drogas.