

¿En qué condado reside el miembro?

Marque la casilla junto al condado en donde el miembro vive actualmente.

Condado de Cambria:
800-424-0485

Condado de Lehigh:
866-238-2311

Condado de Northampton:
866-238-2312

HealthConnections de los Condados de Cambria, Lehigh y Northampton es una sociedad entre Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan), AmeriHealth Caritas Pennsylvania, Condado de Cambria, Condado de Lehigh, Condado de Northampton, y el Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania. Podemos ayudarlo mejor si trabajamos en conjunto y con los proveedores que lo conocen.

Al firmar este formulario, usted nos informa que **autoriza** a los asociados indicados arriba y a los proveedores indicados en la Parte 2 a compartir entre sí información de salud acerca de usted. Si no desea compartir esta información, no puede participar en este programa. Pero, incluso si no firma este formulario, sus beneficios de HealthChoices seguirán siendo los mismos con Magellan, AmeriHealth Caritas Pennsylvania, las Oficinas de Salud del Comportamiento del Condado y el Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania. Estos asociados pueden compartir su información incluso si usted no firma este formulario, pero solo pueden hacerlo de conformidad con lo establecido por la ley. Si tiene alguna pregunta, pida a la persona que le entregó este formulario que le informe sus derechos o le brinde más detalles acerca de cómo se comparte su información de salud. Si tiene más preguntas, podemos ayudarlo. Llame a los números de atención gratuita de Magellan enumerados arriba. Los miembros que tienen dificultades de audición pueden comunicarse con nosotros usando la Retransmisión de PA 7-1-1.

Parte 1 ¿Quién es el miembro?

Informo que **autorizo** a los asociados de HealthConnections indicados arriba a usar/divulgar la información de salud indicada a continuación en la Parte 3.

Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de ID de asistencia médica (N.º de MAID, obligatorio)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono (con código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Parte 2 ¿A quién se le podrá divulgar la PHI?

Además de compartirse con los asociados de HealthChoices HealthConnections, esta información puede compartirse con:

Médico de atención primaria (PCP) y Consultorio grupal:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del consultorio del PCP con el que puede compartirse su información de salud

Especialista en salud física:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del consultorio del especialista con el que puede compartirse su información de salud

Proveedor de salud mental:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

Otro proveedor de atención médica:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

Otro proveedor de atención médica:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

Otro proveedor de atención médica:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

Otro proveedor de atención médica:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

Otro proveedor de atención médica:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

Otro proveedor de atención médica:

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

Parte 3 ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?

Si firmo este formulario, se compartirá mi información general de salud física y mental. Además, **SI** mis registros contienen información sobre drogas y/o alcohol o relacionada con el VIH, deseo compartir esta información como se indica a continuación:

Información sobre drogas y alcohol: **SI** mis registros incluyen información sobre drogas y alcohol, **deseo** compartir dicha información con los asociados y con los proveedores indicados en la Parte 2 de este formulario.

Sí, comparta toda información sobre drogas/alcohol.

No. Si dice que No, **no** puede estar en el programa HealthChoices HealthConnections.

Información sobre VIH/SIDA: IF mis registros incluyen información sobre VIH/SIDA, **deseo** compartir dicha información con los asociados y con los proveedores indicados en la Parte 2 de este formulario.

Sí, toda la información sobre VIH/SIDA.

No. Si dice que No, **no** puede estar en el programa HealthChoices HealthConnections.

Parte 4 ¿Por qué divulga esta PHI?

Compartir mi información permite que mis proveedores de atención médica física y atención médica conductual y todos los asociados de HealthChoices HealthConnections trabajen juntos para ayudarme a mejorar.

Parte 5 Entiendo que:

Puedo retirar la autorización que otorgo en este documento en cualquier momento. Esto no anulará la información que ya se compartió, pero evitará que se comparta información adicional.

Si quiero retirar la autorización que otorgo en este documento, le informaré a Magellan por escrito. Puede enviarse por correo postal a:

Magellan Behavioral Health of PA
HealthChoices HealthConnections Consent Office
790 Township Line Road, Suite 120
Yardley, PA 19067

Continuaré recibiendo beneficios y tratamiento aun si no firmo este formulario.

La información que se comparta a partir de este formulario puede ser compartida nuevamente por las personas que la reciban. Si esto ocurre, es posible que no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. Estas leyes no siempre se aplican a todas las personas. **Sin embargo, mi información sobre drogas y alcohol y mi condición respecto del VIH no pueden ser compartidas nuevamente a menos que yo otorgue otra autorización por escrito.**

Parte 6 Firma del miembro

Mi autorización dura **dos años** a partir de la firma de este formulario. También puede finalizar si retiro mi autorización, lo que ocurra primero.

Autorizo que se comparta la información detallada en este documento.

Firma o marca del miembro

Fecha

Parte 7 Firma del representante autorizado (si hubiere)

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.

Firma de la persona que firma en nombre del miembro

Fecha

Nombre en
letra de
impresión: _____

Número de
teléfono: _____

Dirección: _____

Parte 8 Firma del testigo (Obligatoria)

Firma del testigo: _____

Fecha: _____

Nombre en
letra de
imprensa: _____

Aviso a las personas que no son el paciente

Exención de responsabilidad: 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 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.