



## Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. Consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI)

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) administra la atención para:  
**Pennsylvania HealthChoices: condados de Bucks, Cambria, Lehigh, Montgomery y Northampton**

Este formulario debe usarse para dar su aprobación a Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) para que podamos compartir su *información de salud protegida (PHI)* con alguna otra persona u organización. PHI significa información sobre su salud. Hay leyes que protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes dicen que no podemos dar su PHI a nadie más, excepto a su médico actual y a Pennsylvania HealthChoices (Magellan administra su atención de salud mental y trastornos por uso de sustancias para ellos) a menos que usted diga que está bien. ***Al llenar y firmar este formulario, usted acepta que Magellan divulgue la PHI que usted nos indique que podemos compartir.*** ¿Tiene preguntas? Podemos ayudarle. Llame a Magellan al:

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

Los miembros que tengan dificultades auditivas pueden comunicarse con nosotros al 7-1-1 mediante el servicio de retransmisión de PA.

**Debe completar TODAS las secciones de este formulario.**

Si se deja alguna sección en blanco, este formulario no será aceptable y su PHI no será compartida.

<b>1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO</b>				
OBLIGATORIO	<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial del segundo nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
	<b>Número de identificación de Medical Assistance (tarjeta ACCESS)</b>		<b>Número de teléfono</b>	
	<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
	<b>Marque UNA de las siguientes opciones:</b> <input type="checkbox"/> Soy el miembro (firme abajo en la Sección 7) <input type="checkbox"/> Tengo el derecho legal de actuar en nombre de esta persona porque soy su: (marque una opción) (firme) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Padre/madre O</li> <li><input type="checkbox"/> Tutor/Otro (documentación legal requerida)</li> </ul> Explique la relación:			

2 A QUIÉN SE LE PUEDE DAR SU PHI			
<b>OBLIGATORIO</b>	Complete con el nombre de la persona <b>Y/O</b> de la organización con la que podemos compartir su PHI.		
	<b>Nombre</b> (puede ser una persona o un grupo específico de personas como “hospitales de desintoxicación en PA”)		
	<b>Organización</b> (nombre del proveedor, Children & Youth, etc.)		<b>Número de teléfono</b>
	<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>
			<b>Código postal</b>
<p><b>Nota para la información sobre trastornos por consumo de sustancias:</b> Si desea que esto sea un visto bueno que da una sola vez para todos los usos y divulgaciones futuros para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, puede decir “mis proveedores tratantes, planes de salud, terceros pagadores y personas que ayudan a administrar mi atención o beneficios” o algo parecido).</p> <p><input type="checkbox"/> Por favor, marque aquí si desea que esto sea una autorización para todos los futuros usos y divulgaciones para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica para la información de trastorno por consumo de sustancias solamente. Si lo autoriza, compartiremos la PHI sobre el trastorno por consumo de sustancias con la persona u organización indicada anteriormente.</p>			

3 MOTIVO POR EL QUE DESEA QUE DIVULGUEMOS SU PHI	
<b>OBLIGATORIO</b>	Indique por qué desea que compartamos su PHI. Tenemos que saber el motivo. Algunos ejemplos podrían ser “para ayudar a encontrar un centro o proveedor para una derivación de servicios”, “para permitir que alguien (familiar, amigo, etc.) me ayude con mis cuidados”, “Coordinación de la atención”, “para obtener ayuda con mi queja o reclamación”, etc.
	<b>Nota para la información sobre trastornos por consumo de sustancias:</b> decir “para tratamiento, pago y operaciones de atención médica” está bien cuando nos está dando su autorización por única vez para todos los usos o divulgaciones futuros de ese tipo.

4 COMPARTA ESTA PHI ACERCA DE MÍ (marque una o más opciones)		
<b>OBLIGATORIO</b>	Compartiremos únicamente la PHI que usted autorice. Este visto bueno incluye los datos que tengamos sobre la atención que reciba para su salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias, incluidos los medicamentos. No incluye las notas de psicoterapia que no figuren en su historial médico. Marque la(s) casilla(s) para indicarnos la información exacta sobre salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias de su historial que podemos compartir.	
	<input type="checkbox"/>	<p>Información de reclamos</p> <p>Incluye información relacionada con el pago por parte de Magellan de reclamos por servicios recibidos, incluida información localizada en un formulario de reclamo (es decir, importe facturado, descripciones generales de procedimientos, motivos de denegación, etc.).</p>
	<input type="checkbox"/>	<p>Información de determinación de beneficios</p> <p>Incluye información relacionada con decisiones de beneficios previas, simultáneas y posteriores al servicio tomadas por Magellan.</p>

<input type="checkbox"/>	Registro completo del miembro	Estos serán todos los datos que Magellan tiene sobre usted en nuestro sistema.
<input type="checkbox"/>	Otro (sea específico)	Por ejemplo: detalles sobre su apelación, datos sobre su historial de servicios o PHI sobre su atención actual.

**5 ¿CUÁNDO FINALIZARÁ SU AUTORIZACIÓN?**

<b>OBLIGATORIO</b>	Su autorización terminará cuando usted nos avise que terminó. Necesitamos que nos indique una fecha o acontecimiento en el que finaliza su autorización. Marque una de las siguientes opciones:	
	<input type="checkbox"/>	Mi autorización terminará en un año a partir de la fecha en que firme abajo.
	<input type="checkbox"/>	Mi autorización termina en esta fecha: _____ Nota: No puede ser más de un año después de su firma.
	<input type="checkbox"/>	Mi autorización finaliza cuando ocurra lo siguiente:  (Puede ser algo como “cuando termine mi apelación”, pero debe ocurrir en el plazo de 1 año)
Si no selecciona una opción o si el plazo de su autorización que figura en esta sección es superior a un año, su autorización finalizará un año después de la fecha de firma de este formulario.		

**6 SUS DERECHOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE**

- Dar su autorización es su decisión. No está obligado a compartir su información.
- No está obligado a autorizar este formulario. Continuará recibiendo los beneficios y tratamientos.
- Usted puede revocar su autorización. Debe comunicarnos esto por escrito. Envíelo por correo a la dirección que figura en la Sección 9 más adelante. Si lo hace, esto no revocará la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, no seguiremos compartiendo su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas u organizaciones que usted nombró, ellos podrán compartirla con otros. No todos tienen que cumplir las reglas de privacidad.
- Usted debe conservar una copia de esta autorización firmada. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número de teléfono que figura en la parte superior de este formulario y le enviaremos una.
- Si no entiende algo de este formulario, o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame al número que figura en la parte superior de este formulario.
- Para información sobre trastornos por consumo de sustancias: Si la persona o el grupo mencionado en la sección 2 anterior es una entidad cubierta o un socio comercial y obtiene su información por motivos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, su información puede ser compartida de nuevo por ellos siempre que sigan los permisos de la normativa HIPAA, excepto en el caso de usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos contra usted.

**SE DEBE FIRMAR Y AGREGAR LA FECHA EN LA SECCIÓN 7 O SECCIÓN 8 QUE APARECE A CONTINUACIÓN.**

<b>7</b>	<b>FIRMA DEL MIEMBRO</b>	
<b>OBLIGATORIO</b>	Autorizo que se comparta la información detallada con la persona u organización incluida en este formulario. Si no firma, no podemos aceptar este formulario. En algunos estados, los niños con edad suficiente son los que tienen que firmar para que podamos compartir su PHI sobre salud mental y trastornos por consumo de sustancias. (Consulte abajo las instrucciones para AUD para ver ejemplos)	
	Firma o marca (obligatorio)	
	Fecha (obligatorio)	

<b>8</b>	<b>FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO</b>	
<b>OBLIGATORIO (Si corresponde)</b>	Representante personal autorizado significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. Si corresponde y el representante personal autorizado no firma, no podemos aceptar este formulario.	
	Firma (obligatorio)	
	Nombre en letra de molde (obligatorio)	
	Fecha (obligatorio)	
	Infórmenos su prueba legal para actuar en nombre de esta persona. Podemos pedirle que nos envíe documentación justificativa. (*OBLIGATORIO*)	

**9 A DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y HACER PREGUNTAS**

Después de completar y firmar este formulario, envíenoslo de una de las maneras indicadas abajo. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, las maneras de ponerse en contacto con nosotros figuran abajo. Recuerde, PHI significa cualquier tipo de información sobre su salud, ya sea pasada, presente o futura. También incluye información como su dirección y fecha de nacimiento. En el Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR), §160.103, se encuentra una definición completa de la PHI.

<b>Dirección postal:</b> (preferido)	<b>Fax:</b> (preferido)	<b>Dirección de correo electrónico:</b> (no preferido; el correo electrónico puede no ser un método seguro)
Magellan Behavioral Health of PA 790 Township Line Road, Suite 120 Yardley, PA 19067	1-866-667-7744	<a href="mailto:PAHC_Aud@magellanhealth.com">PAHC_Aud@magellanhealth.com</a>

**AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN**

Este expediente que se le ha divulgado está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2).

Estas normas le prohíben usar o divulgar este expediente, o un testimonio que describa la información contenida en este expediente, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por parte de cualquier autoridad federal, estatal o local, contra el paciente, a menos que esté autorizado por el consentimiento del paciente, salvo lo dispuesto en 42 CFR 2.12(c)(5) o lo autorizado por un tribunal de conformidad con 42 CFR 2.64 o 2.65. Además, las normas federales le prohíben hacer cualquier otro uso o divulgación de este registro a menos que se aplique al menos una de las siguientes condiciones:

- (i) El uso o divulgación posterior esté expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando en este registro o según lo permitido por 42 CFR parte 2.
- (ii) Usted es una entidad cubierta o un asociado comercial y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o
- (iii) Usted ha recibido el registro de una entidad cubierta o de un socio comercial según lo permitido por 45 CFR parte 164, subpartes A y E.

## **INSTRUCCIONES**

**ASEGÚRESE DE QUE TODAS LAS SECCIONES DEL FORMULARIO ESTÉN COMPLETAS  
O EL FORMULARIO SE LE DEVOLVERÁ PORQUE NO PODREMOS COMPLETAR LA SOLICITUD**

### **Sección 1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

Esta es información de la persona sobre la cual se compartirá información de salud protegida (PHI). Escriba en letra de imprenta el:

- nombre y apellido del miembro;
- dirección; y,
- fecha de nacimiento

Incluya también el número de identificación del miembro de Medicaid Assistance del miembro que está dando a Magellan la autorización para compartir su PHI.

En el apartado “*Marque una de las siguientes casillas*”, situado debajo de la sección Información del miembro, marque una (1) casilla para indicarnos quién completa este formulario.

- Si usted es el miembro, marque la primera casilla, **O**
- Si se trata de alguien que, según la ley, puede actuar en su nombre, marque la segunda casilla.

Si marca la segunda casilla, entonces también debe informarnos quién es.

- Si es el padre o madre, marque la primera casilla.
- Si es el tutor legal del miembro u otra persona, marque la segunda casilla. Escriba su relación con el miembro en la línea en blanco.

### **Sección 2. A QUIÉN SE LE PUEDE DAR SU PHI**

Esta sección identifica a la persona y/u organización con la que compartiremos la PHI de la persona indicada en la sección 1. Por favor, añada el nombre y/o la organización que desea que reciba su PHI.

- Esta información ayudará a limitar la divulgación de PHI solo a la persona u organización que usted indique.

Esta sección permite, si marca la casilla, que esto sea una autorización para todos los usos y divulgaciones futuros para tratamiento, pago y operaciones de atención médica para información sobre trastornos por consumo de sustancias solamente.

- Si decide marcar esta casilla, describa a la persona que recibirá la PHI como “mis proveedores de tratamiento, planes de salud, terceros pagadores y personas que ayudan a administrar mi atención o beneficios” o algo por el estilo.

### **Sección 3. MOTIVO POR EL QUE DESEA QUE DIVULGUEMOS SU PHI**

Esta sección nos indica por qué desea que divulguemos su PHI. Por favor, indique la razón por la que se comparte la PHI. Si no desea indicar un motivo concreto y está de acuerdo con que se divulgue su PHI, puede escribir "a petición de la persona" en esta sección. Si no indica ninguna razón para compartir la PHI, el formulario le será devuelto como incompleto.

#### **Sección 4. COMPARTA ESTA PHI ACERCA DE MÍ (marque una o más opciones)**

Esta sección nos indica el tipo de PHI que podemos divulgar. Compartiremos únicamente la PHI que usted autorice. Marque la(s) casilla(s) para indicarnos la información exacta sobre salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias que podemos compartir:

- Seleccione una de las cuatro (4) opciones indicadas.
- Si selecciona "*Otra*", escriba la PHI específica que desea compartir. Si no indica ninguna explicación, no sabremos qué información compartir y le devolveremos el formulario incompleto.

#### **Sección 5. ¿CUÁNDO FINALIZARÁ SU AUTORIZACIÓN?**

Esta sección nos indica cuándo finaliza su autorización. **Elija solo una (1) opción para informarnos cuándo desea que termine su autorización.**

- Si elige *Mi autorización termina en esta fecha*: debe ser una fecha válida (mes, fecha y año) y no puede ser más de un (1) año a partir de la fecha en que se completó el formulario.
- Si elige *Mi autorización termina cuando ocurra esto*: debe estar relacionado con la finalidad de la divulgación, y debe producirse en el plazo de un (1) año a partir de la fecha de firma del formulario de autorización.

Al elegir una fecha de caducidad O evento, se limita el lapso de tiempo durante el cual se puede compartir su PHI.

Si no se selecciona ninguna de las tres (3) opciones, su autorización expirará un (1) año después de la fecha firmada en las Secciones 7 u 8, según corresponda.

#### **Sección 6. SUS DERECHOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Esta sección detalla sus derechos. Lea toda esta sección ya que explica sus derechos y otras cosas importantes.

#### **Sección 7. FIRMA DEL MIEMBRO**

Aquí es donde debe firmar con su nombre y poner la fecha en que firmó el formulario.

- Su PHI no puede ser compartida si usted no **firma Y fecha** el formulario.
- Tenga en cuenta que hay algunos estados en los que los niños mayores de edad son los que tienen que firmar para que podamos compartir su PHI sobre salud mental y trastornos por consumo de sustancias.
  - En Pennsylvania, los menores de 14 años o más pueden dar su consentimiento para recibir servicios de salud mental como pacientes hospitalizados y ambulatorios, y controlar la divulgación de dichos registros. Para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, tenga en cuenta lo siguiente:
    - Tratamiento hospitalario: los menores de 18 años no pueden dar su consentimiento
    - Tratamiento ambulatorio: las personas de cualquier edad pueden dar su consentimiento

#### **Sección 8. FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO**

Esta sección nos indica la persona que puede actuar en nombre del miembro. Si corresponde, haga firmar al representante personal en esta sección.

- Un representante personal autorizado tiene autoridad legal para actuar en nombre del miembro.
- **Proporcione documentación para demostrar la autoridad legal.**
  - Ejemplo: ■ Poder notarial para la atención médica ■ Tutela

## **Sección 9. A DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y HACER PREGUNTAS**

En esta sección se proporciona información de contacto para enviar el formulario o en caso de que tenga preguntas.