

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

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:

- primer 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.