

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.
Consentimiento para divulgar información protegida de salud (PHI)
Para el propósito de: Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y
Equipo de Enfermedades Mentales por Consumo de Sustancias (MISA)

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) colabora con HealthChoices del Condado de Lehigh, el Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y el Equipo de Enfermedades Mentales por Consumo de Sustancias (MISA, por sus siglas en inglés) para que ayuden con su atención. Podemos ayudarlo mejor si trabajamos en conjunto con los proveedores que lo conocen.

Al firmar este formulario, nos informa que autoriza a los asociados indicados previamente y las agencias indicadas en la Sección 2 a divulgarse entre sí información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) sobre usted. PHI significa información sobre su salud. Existen 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 consumo de sustancias para ellos) a menos que usted diga que está de acuerdo. Si no desea compartir esta información, sus beneficios de salud conductual de Medicaid HealthChoices seguirán siendo los mismos. 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 aún tiene preguntas, podemos ayudarlo. Llame a Magellan al 866-238-2311. 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, no se aceptará este formulario y no se divulgará su PHI.

Sección 1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (OBLIGATORIA)
 Informo que **autorizo** a los asociados indicados previamente a usar/divulgar la información de salud indicada a continuación en la Sección 3.

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

Sección 2 CON QUIÉN SE PUEDE DIVULGAR SU PHI (OBLIGATORIA)

La información indicada en la Sección 4 a continuación será divulgada con personas del Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y del equipo MISA. Autorizo que mi información sea compartida con las agencias indicadas a continuación, que se encontrarán en el Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh: **(usted DEBE colocar sus iniciales junto a las agencias con las que se puede divulgar su información o no se aceptará este formulario)**

Coloque sus iniciales aquí para compartir su información de salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias con TODAS las ocho (8) agencias del Condado de Lehigh indicadas a continuación. Si desea divulgar su información solo con algunas de estas agencias (y no todas), **DEBE** colocar sus iniciales junto a las agencias en específico con las que se puede compartir su información o no se aceptará este formulario.

	Juez del Tribunal de Drogas del Condado de Lehigh (Lehigh County Drug Court Judge) 455 West Hamilton Street, Allentown, PA 18101
	Administración del Tribunal del Condado de Lehigh (Lehigh County Court Administration) 455 West Hamilton Street, Room 614, Allentown, PA 18101
	Oficina del Fiscal de Distrito del Condado de Lehigh (Lehigh County District Attorney Office) 455 West Hamilton Street, Room 307, Allentown, PA 18101
	Drogas y Alcohol del Condado de Lehigh (Lehigh County Drug and Alcohol) 17 South 7th Street Allentown, PA 18101
	Defensor Público del Condado de Lehigh (Lehigh County Public Defender) 455 Hamilton Street, Allentown, PA 18101
	Departamento de Libertad Condicional del Condado de Lehigh (Lehigh County Adult Probation/Parole Department) 455 West Hamilton Street, Room G09, Allentown, PA 18101
	Departamento de Salud Mental/Discapacidad Intelectual del Condado de Lehigh (MH/ID) (Lehigh County Mental Health/Intellectual Disability (MH/ID)) 17 South 7th Street, Allentown, PA 18101
	Cárcel del Condado de Lehigh (Lehigh County Jail) 38 North 4th Street Allentown, PA 18102

Además de las agencias previas, mi información también puede ser compartida con las siguientes entidades/personas para los fines de asistir al Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh: (si desea compartir su información de salud con Lehigh Valley Pretrial Services, Inc. y/o PrimeCare Medical, Inc., DEBE colocar sus iniciales junto a esa(s) agencia(s) a continuación. Si desea que su información sea compartida con un proveedor de salud conductual que asistirá al Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh, indique el/los proveedor/es a continuación).

	Lehigh Valley Pretrial Services, Inc. 501 West Hamilton Street, PA 18101 Tel.: (610) 289-2410
	PrimeCare Medical, Inc. 38 North 4th Street, Allentown, PA 18102 Tel.: (610) 782-3134

Proveedor de salud conductual: Indique el nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud:

Proveedor de salud conductual: Indique el nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud:

Sección 3 MOTIVO POR EL QUE DESEA QUE DIVULGUEMOS SU PHI

Divulgar esta información ayudará al Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh, al equipo MISA y otros miembros del equipo que asistan al Tribunal a tomar decisiones sobre mí y mis resultados.

Sección 4 DIVULGAR ESTA PHI SOBRE MÍ

Mi información de salud física, conductual y trastorno por consumo de sustancias será divulgada si firmo este formulario. Esto puede incluir antecedentes de tratamientos actuales/previos.

Sección 5 ¿CUÁNDO TERMINARÁ SU CONSENTIMIENTO?

Mi consentimiento terminará un año después de la fecha en que firme este formulario o cuando se cierre mi caso con el Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y/o equipo MISA, lo que ocurra primero. También puede terminar si retiro mi consentimiento, lo que ocurra primero. (Consulte la Sección 6 para averiguar cómo retirar su consentimiento).

Sección 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 retirar su consentimiento. 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 normas de privacidad.
- Usted debe conservar una copia de este consentimiento firmado. 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 indicado en la parte superior de este formulario.
- Para información sobre trastornos por consumo de sustancias: Si la persona o el grupo indicado 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 nuevamente por ellos siempre y cuando 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.

Sección 7 FIRMA DEL MIEMBRO

Doy mi consentimiento para compartir la información indicada en la Sección 4 con las agencias/organizaciones/personas indicadas en este formulario para el Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y/o el equipo MISA. (Si no firma, no podemos aceptar este formulario).

Firma o marca (obligatorio)	
Fecha (obligatorio)	

Sección 8 REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO (si corresponde)

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 (obligatoria, si corresponde)	
Nombre en letra de imprenta (obligatorio, si corresponde)	
Fecha (obligatoria, si corresponde)	

Indíquenos su prueba legal para actuar en nombre de esta persona. Es posible que le pidamos que nos envíe una prueba. (*OBLIGATORIO*)

Sección 9

DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y CÓMO HACER PREGUNTAS

Después de completar y firmar este formulario, envíenoslo en una de las formas indicadas a continuación. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, puede usar alguna de estas formas para comunicarse con nosotros. 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.

Envíelo a la atención de Sarah Kinsch.

Dirección postal:

Magellan Behavioral Health of PA
790 Township Line Road, Suite 120
Yardley, PA 19067

Fax:

1-866-667-7744

Dirección de correo electrónico:

(tenga en cuenta que esa dirección de correo electrónico puede no ser un método seguro)

kinschs@magellanhealth.com

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.

Sección 2. A QUIÉN SE LE PUEDE DAR SU PHI

Esta sección identifica las agencias, entidades y/o personas que recibirán la PHI de la persona enumerada en la 1 para fines del Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y el Equipo MISA.

Puede compartir su PHI con las nueve (9) agencias del Condado de Lehigh al mismo tiempo o puede añadir sus iniciales junto a las agencias con las que se puede compartir su información en específico. También puede añadir sus proveedores de salud conductual que vayan a asistir al Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh. Se debe completar esta sección o no podemos aceptar el formulario.

Esta información ayudará a limitar la divulgación de PHI solo a las agencias, entidades y/o personas que usted autorice.

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

Esta sección nos indica por qué desea que divulguemos su PHI. Divulgar su PHI ayudará al Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y/o equipo MISA a tomar decisiones sobre usted.

Sección 4. DIVULGAR ESTA PHI SOBRE MÍ

Esta sección nos indica el tipo de PHI que podemos divulgar. Si firma este formulario, su información de salud física, conductual y trastorno por consumo de sustancias será compartida con las agencias, entidades y/o personas que usted autorizó en la Sección 2 para el Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y/o equipo MISA.

Sección 5. ¿CUÁNDO FINALIZARÁ SU CONSENTIMIENTO?

Esta sección nos indica cuándo termina su consentimiento. Su consentimiento terminará un año después de la fecha en que se firme este formulario o cuando se cierre su caso con el Tribunal de Bienestar del Condado de Lehigh y/o equipo MISA, lo que ocurra primero.

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.

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 atención de salud ■ Tutela

Sección 9. DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y CÓMO HACER PREGUNTAS

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

NOTA: El *AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN* de la página 4 DEBE estar incluido cuando envíe este formulario o Magellan no podrá aceptarlo.