

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania colabora con HealthChoices del condado de Northampton y con el Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton para ayudarle con su atención. Podemos ayudarle mejor si colaboramos con otros proveedores que están familiarizados con su salud.

Al firmar este formulario, usted nos informa que otorga su consentimiento para que los socios mencionados anteriormente y las agencias enumeradas en la Sección 2 compartan entre sí información médica protegida (PHI) sobre usted. PHI significa información sobre su salud. Hay leyes que protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes dicen que no podemos compartir su PHI con nadie más, excepto con 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 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 ayudarle. Llame a Magellan al 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.

**Sección 1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (OBLIGATORIA)**  
**OTORGO mi consentimiento para que los socios indicados arriba utilicen/revelen la información médica 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 A QUIÉN SE LE PUEDE PROPORCIONAR SU PHI (OBLIGATORIA)**

La información que se enumera a continuación en la Sección 4 se compartirá con las personas del Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton. Doy mi consentimiento para que mi información sea compartida con las siguientes agencias que estarán en el Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton: **(DEBE colocar sus iniciales al lado de las agencias con las que su información puede ser compartida o no se aceptará este formulario).**

	<b>Coloque sus iniciales aquí para compartir su información sobre salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias con TODAS las agencias (diez (10) en total) del condado de Northampton que se indican a continuación.</b> Si solo desea compartir su información con algunas de estas agencias (y no con todas), <u>DEBE</u> poner sus iniciales al lado de la(s) agencia(s) específica(s) con la(s) que se puede compartir su información o no se aceptará este formulario.
	<b>Juez administrativo de los tribunales de resolución de problemas del condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042

	<b>Administración judicial del condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042
	<b>Oficina del fiscal del condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042
	<b>Autoridad única sobre drogas y alcohol del condado de Northampton (SCA)</b> 2801 Emrick Blvd., Bethlehem, PA 18020
	<b>Oficina del defensor público del condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042
	<b>Programas de desarrollo de salud mental del condado de Northampton</b> 2801 Emrick Boulevard, Bethlehem, PA 18020
	<b>Salud mental del condado de Northampton</b> 2801 Emrick Boulevard, Bethlehem, PA 18020
	<b>Departamento de libertad condicional para adultos del condado de Northampton</b> 105 S Union Street #1, Easton, PA 18042
	<b>Servicios previos al juicio del condado de Northampton</b> 105 S Union Street #2, Easton, PA 18042
	<b>Departamento del Sheriff del condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042

**Además de las agencias mencionadas arriba, mi información también puede ser compartida con las siguientes entidades/personas con el propósito de asistir al Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton:** (si desea compartir su información con un proveedor de salud conductual que asista al Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton, enumere el/los proveedor(es) a continuación).

**Proveedor de salud conductual:** Inserte el nombre, la dirección y el número de teléfono del grupo de proveedores con el que se puede compartir su información médica:

**Proveedor de salud conductual:** Inserte el nombre, la dirección y el número de teléfono del grupo de proveedores con el que se puede compartir su información médica:

**Sección 3 MOTIVOS POR LOS QUE DESEA QUE COMPARTAMOS LA PHI**

Compartir esta información ayudará al Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton y a cualquier otro miembro del equipo que asista a él a tomar decisiones sobre mí y mis resultados.

**Sección 4 COMPARTIR ESTA PHI SOBRE MÍ**

Si firmo este formulario, se compartirá información sobre mi salud física, conductual y trastornos por consumo de sustancias. Esto puede incluir antecedentes de tratamiento actuales y/o pasados.

**Sección 5 ¿CUÁNDO FINALIZA SU CONSENTIMIENTO?**

Mi consentimiento finalizará un año después de la fecha en que firme este formulario o cuando se cierre mi caso ante el Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton, lo que ocurra primero. También puede finalizar si retiro mi consentimiento, lo que ocurra primero. (Consulte la sección 6 para obtener información sobre cómo revertir su consentimiento).

**Sección 6 SUS DERECHOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE**

- Dar su consentimiento 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 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 reglas 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 que figura en la parte superior de este formulario.
- Para la información sobre trastornos por consumo de sustancias: si la persona o 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 sanitaria, su información puede ser compartida de nuevo por ellos siempre que sigan los permisos de la normativa de la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (HIPAA), excepto en el caso de usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra.

**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 Salud Conductual del condado de Northampton. (Si no firma, no podemos aceptar este formulario).

Firma o marca (obligatoria)	
Fecha (obligatoria)	

**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 molde (obligatorio, si corresponde)	
Fecha (obligatoria, si corresponde)	

Infórmenos su prueba legal para actual en nombre de esta persona. Es posible que le pidamos que nos envíe una prueba. (\*OBLIGATORIA\*)

**(Consulte el AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN en la página siguiente. Se DEBE incluir al enviar este formulario).**

**Sección 9**

**A DÓNDE DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y DÓNDE PUEDE 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.

Envíelo a la atención de Sarah Kinsch.

<b>Dirección postal:</b> Magellan Behavioral Health of PA 790 Township Line Road, Suite 120 Yardley, PA 19067	<b>Fax:</b> 1-866-667-7744	<b>Correo electrónico:</b> (tenga en cuenta que el correo electrónico puede no ser un método seguro) <a href="mailto:kinschs@magellanhealth.com">kinschs@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 de Medicaid Assistance del miembro que está dando a Magellan el consentimiento 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 sección 1 para fines del Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton.

Puede compartir su PHI con TODAS las agencias (once (11) en total) del condado de Northampton a la vez, o puede colocar sus iniciales junto a las agencias específicas con las que se puede compartir su información. También puede agregar a su proveedor de salud conductual que asiste a Salud Conductual del Condado de Northampton. Se debe completar esta sección o no podremos aceptar el formulario.

Esta información le ayudará a limitar la divulgación de su PHI únicamente 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. Compartir su PHI ayudará al Tribunal de Salud Conductual del condado de Northampton a asistir al equipo a tomar decisiones sobre usted.

### **Sección 4. COMPARTIR ESTA PHI SOBRE MÍ**

Esta sección nos indica el tipo de PHI que podemos divulgar. Si firma este formulario, la información sobre su 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 Salud Conductual del condado de Northampton.

### **Sección 5. ¿CUÁNDO FINALIZA SU CONSENTIMIENTO?**

Esta sección nos indica cuándo finaliza su consentimiento. Su consentimiento finalizará un año después de la fecha en que se firme este formulario o cuando se cierre su caso ante el Tribunal de Salud Conductual, 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.**
  - Ejemplos: ■ Poder notarial para cuidados médicos ■ 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.

NOTA: El *AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN* que se encuentra en la página 4 se DEBE incluir al enviar este formulario o Magellan no podrá aceptarlo.