

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) colabora con HealthChoices del Condado de Northampton y el Equipo de Colaboración y Representación Forense (FACT, por sus siglas en inglés) para ayudar con su atención. Podemos ayudarle mejor si colaboramos juntos y con otros 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 indicadas en la Sección 2 compartan entre sí información médica protegida (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 uso de sustancias para ellos) a menos que usted diga que está bien. Si no desea divulgar 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 a través del servicio de retransmisión de PA 7-1-1.

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

Si se deja alguna sección en blanco, este formulario no se aceptará y no se compartirá 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 a continuación en la Sección 4 será divulgada con las personas que asistan a las reuniones del FACT del Condado de Northampton. Autorizo que mi información sea divulgada con las siguientes agencias que estarán presentes en la reuniones del FACT del Condado de Northampton: **(DEBE colocar sus iniciales junto a las agencias con las que se puede divulgar su información o no se aceptará este formulario)**

	<p><b>Coloque sus iniciales aquí para divulgar su información de salud mental y/o de trastornos por consumo de sustancias con TODAS las agencias (12 en total) del Condado de Northampton.</b> Si solo desea divulgar su información con algunas de estas agencias (y no con todas), <u>DEBE</u> colocar sus iniciales junto a la(s) agencia(s) específica(s) con la(s) que se puede divulgar su información o no se aceptará este formulario.</p>
	<p><b>Juez administrativo de los tribunales de resolución de problemas del condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042</p>
	<p><b>Administración judicial del condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042</p>

	<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>Cárcel del Condado de Northampton</b> 666 Walnut Street, Easton, PA 18042
	<b>Servicios previos al juicio del Condado de Northampton</b> 669 Washington Street, Easton, PA 18042
	<b>Servicios de información y derivaciones de emergencia (IRES, por sus siglas en inglés) del Condado de Northampton</b> 2976 Woodbridge Avenue, Bethlehem, PA 18017
	<b>Agencia para adultos mayores del área del Condado de Northampton</b> 2801 Emrick Blvd, Bethlehem, PA 18020
<b>Además de las agencias previamente indicadas, mi información también puede ser divulgada con las siguientes entidades/personas para los fines de asistir a las reuniones del FACT del Condado de Northampton:</b> (Si desea divulgar su información con cualquiera de estas agencias, <u>DEBE</u> colocar sus iniciales junto al nombre de la agencia a continuación. Si desea que su información médica sea divulgada con un proveedor de salud conductual que asistirá a las reuniones del FACT del Condado de Northampton, indique los proveedores a continuación).	
	<b>Servicios judiciales (JRS, por sus siglas en inglés) de ACCESS</b> 3975 Township Line Road, Bethlehem, PA 18020
	<b>COMHAR</b> 2801 Emrick Boulevard, Bethlehem, PA 18020
	<b>Haven House/STARTS (asistencia a corto plazo para reinsertarse en la sociedad)</b> 1411 Union Blvd, Allentown, PA 18109
	<b>PrimeCare Medical, Inc.</b> 38 North 4th Street, Allentown, PA 18102 Tel.: (610) 782-3134
	<b>Asociación de recuperación (par integrado)</b> 70 West North Street, Suite101, Bethlehem, PA 18018
<b>Proveedor de salud conductual:</b> Inserte el nombre, la dirección y el número de teléfono del grupo de proveedores con el que se puede divulgar su información médica:	
<b>Proveedor de salud conductual:</b> Inserte el nombre, la dirección y el número de teléfono del grupo de proveedores con el que se puede divulgar su información médica:	

**Sección 3 MOTIVOS POR LOS QUE DESEA QUE DIVULGUEMOS SU PHI**

Divulgar esta información ayudará al FACT del Condado de Northampton y a otros miembros del equipo que asistan a la reunión a tomar decisiones sobre mí y mis resultados.

**Sección 4 DIVULGAR LA SIGUIENTE PHI SOBRE MÍ**

Si firmo este formulario, se divulgará información sobre mi salud física, conductual y de 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 en el FACT del Condado de Northampton, lo que ocurra primero. También puede finalizar 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 divulgar 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 divulgando su PHI.
- Si divulgamos su PHI con las personas u organizaciones que usted nombró, ellos podrán divulgarla 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 indicado 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 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, por sus siglas en inglés), 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 divulgar la información indicada en la Sección 4 con las agencias/organizaciones/personas indicadas en este formulario para el FACT del Condado de Northampton. (Si no firma, no podemos aceptar este formulario).

Firma o marca (obligatorio)	
Fecha (obligatorio)	

**(Consulte el AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN a continuación, debe incluirlo al enviar este formulario.)**

**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 (obligatorio, si corresponde)	
Nombre en letra de molde (obligatorio, si corresponde)	
Fecha (obligatorio, si corresponde)	

Indíquenos su prueba legal para actual 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 de una de las maneras indicadas abajo. 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 Artículo 160.103 del Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 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>Dirección de 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 divulgará 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 el consentimiento para divulgar su PHI.

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

En esta sección se identifican las agencias, entidades y/o personas que recibirán la PHI de la persona indicada en la Sección 1 para los fines del Equipo de Colaboración y Representación Forense (FACT) del Condado de Northampton.

Puede divulgar su PHI con las nueve (9) agencias del Condado de Northampton al mismo tiempo o puede añadir sus iniciales junto a las agencias específicas con las que se puede divulgar su información. También puede añadir sus proveedores de salud conductual que asistirán a las reuniones del FACT 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. Divulgar su PHI ayudará al FACT del Condado de Northampton 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 de trastornos por consumo de sustancias será divulgada con las agencias, entidades y/o personas que autorizó en la Sección 2 para el FACT del Condado de Northampton.

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

Esta sección nos indica cuándo finaliza su consentimiento. Su consentimiento finalizará en un año desde la fecha en que firme este formulario o cuando se cierre su caso con el FACT, 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. DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y CÓMO 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.