Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.
Consentimiento para la divulgación de información médica protegida (PHI)
Para el propósito de: Programa de salud integrada de HealthChoices

¿En qué condado reside el miembro?
Marque la casilla al lado del condado donde el miembro vive actualmente.

- ☐ Condado de Bucks: 1-877-769-9784
- ☐ Condado de Cambria: 1-800-424-0485
- ☐ Condado de Lehigh: 1-866-238-2311
- ☐ Condado de Montgomery: 1-877-769-9782
- ☐ Condado de Northampton: 1-866-238-2312
- ☐ Condados de Somerset-Bedford: 1-800-424-5860

¿El miembro está actualmente inscrito en un equipo de recuperación de bienestar o en un programa de profesional de enfermería orientador? ☐ Sí ☐ No

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania (Magellan) colabora con las previamente mencionadas Oficinas de Salud Conductual del Condado y el Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania para asistir 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 previamente y las agencias indicadas en la Sección 2 divulguen su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés). PHI significa información sobre su salud. Existen leyes que protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes dicen que no podemos darle 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 otorgue su consentimiento. Si no firma este formulario, sus beneficios de salud conductual de HealthChoices Medicaid seguirán siendo los mismos. Estos socios pueden divulgar 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 número gratuito antes indicado. Los miembros que tengan dificultades auditivas pueden comunicarse con nosotros mediante el 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 será válido y su PHI no será divulgada.

Sección 1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO (OBLIGATORIA)

OTORGO mi consentimiento para que los socios de HealthChoices indicados previamente usen/divulguen 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 DIVULGAR SU PHI (OBLIGATORIA)

La información indicada a continuación en la Sección 4 será divulgada con los socios de HealthChoices previamente indicados, como también con las agencias/personas indicadas a continuación. Otorgo mi consentimiento para que mi información sea divulgada con las agencias/personas a continuación para el programa de salud integrada de HealthChoices.

☐ Nota solo para la información sobre trastornos por consumo de sustancias: Marque esta casilla para dar su consentimiento una única vez para todos los usos y divulgaciones futuros para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, planes de salud, pagadores terceros y personas que ayudan a administrar sus beneficios de atención médica. Si da su consentimiento para esto, divulgaremos PHI sobre trastornos por consumo de sustancias con las agencias/personas indicadas a continuación.

© 2022 - 2026 Magellan Health, Inc.

Organización de atención de salud física administrada de HealthChoices (PHMCO, por sus siglas en inglés): Indicar nombre, dirección y número de teléfono del consultorio de la PHMCO con el que puede compartirse su información de salud
Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del PCP con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio)
Especialista en salud física: Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono de su especialista con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio)
Proveedor de servicios de salud mental: Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud
Proveedor de servicios de salud mental: Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud
Otro proveedor de atención médica: Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)
Otro proveedor de atención médica: Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)
Otro proveedor de atención médica: Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)
Otro proveedor de atención médica: Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)

© 2022 - 2026 Magellan Health, Inc.

Sección 3 MOTIVOS POR LOS QUE DESEA QUE DIVULGUEMOS SU PHI

Divulgar esta información ayudará a estas agencias/personas y socios de HealthChoices a tomar decisiones sobre mí y mis resultados.

☐ Nota solo para información de trastornos por consumo de sustancias: Marque esta casilla si nos da su consentimiento una única vez para todos los usos y divulgaciones futuras para tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

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. **SI** mis historias clínicas contienen información relacionada con VIH/SIDA, **deseo** divulgarla con los socios y proveedores indicados en la sección 2 de este formulario como se muestra a continuación:

☐ Sí, divulgar toda mi información sobre VIH/SIDA.

☐ No. Cuando corresponda, si usted marca "No", **no** podrá participar en HealthConnections de HealthChoices.

Sección 5 ¿CUÁNDO TERMINA SU CONSENTIMIENTO?

Mi consentimiento terminará en dos años desde la fecha en que firme este formulario o cuando abandone el programa de salud integrada de HealthChoices, lo que ocurra primero. También puede finalizar si retiro mi consentimiento, lo que ocurra primero. (Consulte la Sección 6 para obtener información sobre cómo retirar su consentimiento).

Sección 6 SUS DERECHOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Dar su consentimiento 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 normas 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 información sobre trastornos por consumo de sustancias: Si la persona o el grupo mencionado en la previa Sección 2 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 divulgada nuevamente por ellos, siempre que sigan los permisos de la norma 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 divulgar la información indicada en la Sección 4 con las agencias/personas indicadas en este formulario para el programa de salud integrada de HealthChoices. Si no firma, no podemos aceptar este formulario.

Firma o marca (obligatorio)	
Fecha (obligatorio)	

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

© 2022 - 2026 Magellan Health, Inc.

Sección 8	**FIRMA DEL 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	**FIRMA DEL TESTIGO (obligatorio)**
Firma (obligatorio, si corresponde)	
Nombre en letra de imprenta (obligatorio, si corresponde)	
Fecha (obligatorio, si corresponde)	

Sección 10 **DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y CÓMO HACER PREGUNTAS**

Después de completar y firmar este formulario, envíenoslo a través de una de las maneras 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 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.

Dirección postal:	**Fax:** (preferido)
Magellan Behavioral Health of PA 790 Township Line Road, Suite 120 Yardley, PA 19067	1-866-667-7744

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.

© 2022 - 2026 Magellan Health, Inc.

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 el consentimiento para compartir su PHI.

Sección 2. A QUIÉN SE LE PUEDE DIVULGAR SU PHI

Esta sección identifica los proveedores que recibirán la PHI de la persona indicada en la Sección 1 para los fines del programa de salud integrada de HealthChoices.

Se debe completar esta sección o no podremos aceptar el formulario.

Esta información ayudará a limitar la divulgación de PHI solo a los proveedores 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 a los socios de HealthChoices y sus proveedores para 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 a socios de HealthChoices y los proveedores que autorizó en la Sección 2 para el programa de salud integrada de HealthChoices.

Sección 5. ¿CUÁNDO FINALIZA SU CONSENTIMIENTO?

Esta sección nos indica cuándo finaliza su autorización. Su consentimiento terminará en dos años desde la fecha en que se firme este formulario o cuando abandone el programa de salud integrada de HealthChoices, 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.

© 2023 - 2026 Magellan Health, Inc.

Sección 7. <u>FIRMA DEL MIEMBRO</u>

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. <u>FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO</u>

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. <u>FIRMA DEL TESTIGO</u>

Esta sección nos indica quién presenció la firma del formulario al miembro o representante personal autorizado.

Sección 10. <u>A DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO Y HACER PREGUNTAS</u>

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

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

© 2023 - 2026 Magellan Health, Inc.