

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

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc. (Magellan) administra la atención para:
Pennsylvania HealthChoices: condados de Bucks, Cambria, Lehigh, Montgomery y Northampton

Se denomina información de salud protegida (PHI) a la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes dicen que no podemos dar su PHI a nadie más que a sus médicos o a Pennsylvania Health Choices a menos que usted lo autorice. Al firmar este documento, usted nos da su autorización. Solo entregaremos la PHI que usted nos diga que podemos compartir. Además, solo la divulgaremos a las personas o agencias que usted indique. ¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarlo. Llame a Magellan al:

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

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 DEJA ALGUNA SECCIÓN EN BLANCO, SE LE DEVOLVERÁ EL FORMULARIO PARA QUE LO CORRIJA.

1 Miembro	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	
	Número de identificación de Medical Assistance (tarjeta ACCESS)			Número de teléfono	
	Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal
<p>Por favor, marque UNO:</p> <input type="checkbox"/> Soy el miembro, O <input type="checkbox"/> Tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona. (Marque una casilla a continuación; si es "Tutor/Otro" complete el espacio en blanco) Soy su: <input type="checkbox"/> Padre O <input type="checkbox"/> Tutor/Otro (documentación legal requerida) _____					
2	¿Quién puede divulgar la PHI? Magellan puede divulgar su PHI. Magellan administra su salud mental o tratamiento por drogas y alcohol para Pennsylvania HealthChoices en su condado.				
3 ¿A quién se le puede entregar la PHI? (Completar con el nombre u organización)	Nombre (individual, o clase de personas como "miembros de la familia que viven conmigo", o "Todos los proveedores basados en la familia", etc.)				
	Organización (Nombre del proveedor; Children & Youth, etc.)			Número de teléfono	
	Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal

<p>4</p> <p>¿Qué PHI podemos compartir?</p>	<p>Compartiremos únicamente la PHI que usted autorice con la persona/organización que indicó en la Parte 3. Esta autorización incluye información acerca de sus medicamentos. También incluye información sobre su salud mental y/o el tratamiento por drogas y alcohol que pueda estar en su expediente. No cubre notas de psicoterapia que no están en sus archivos médicos. Por favor, sea específico y díganos la información de salud que podemos compartir, incluidas las fechas y la ubicación de los servicios. Por ejemplo, puede decir “compartir toda mi información/registros”; “compartir la información necesaria para hacer una remisión a servicios”, o “compartir la información necesaria para una queja o reclamo que se presentó”, etc.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5</p> <p>¿Cuál es el propósito de la divulgación?</p>	<p>Díganos por qué desea que compartamos su PHI - También puede decir “ayudar a encontrar un centro o proveedor para una derivación para servicios”, “permitir que alguien (familiar, amigo, etc.) me ayude con mi atención”, “Coordinación de la atención”, etc.:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>6</p> <p>¿Cuándo finaliza mi autorización?</p>	<p>Su autorización terminará cuando usted nos informe tal cosa. No puede ser más de un año después de su firma. Díganos cuándo desea que finalice su autorización:</p> <p>*Por favor, marque uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Mi autorización termina el (introducir fecha): _____</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p><input type="checkbox"/> Mi autorización finaliza cuando ocurra lo siguiente: _____</p> <p>(Puede ser algo como “Puede compartir mis registros de consejería en esta única ocasión” o “cuando salga del hospital en un mes”).</p> <p>Si no indica cuándo finaliza su autorización, entonces su autorización finalizará en el término de un año a partir de su firma del formulario. Después de un año, necesitaremos una nueva autorización.</p>
<p>7</p> <p>Sus derechos y otra información importantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar su autorización es su decisión. No está obligado a compartir su información. • No tiene que autorizar este documento. Continuará recibiendo los beneficios y tratamientos. • Usted puede revocar su autorización. Debe comunicarnos esto por escrito. Envíelo por correo a Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc., 105 Terry Drive, Suite 103, Newtown, PA 18940 • ¿Qué ocurre si usted retira su autorización? Si lo hace, eso no recuperará 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 tiene derecho a obtener una copia de esta autorización firmada. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número de teléfono que figura en la parte superior de este formulario. • Si no entiende algo de este formulario, o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame al número que figura en la parte superior de este formulario. • Usted debería recibir una copia de este documento firmado. Recuerde, información de salud protegida (PHI) hace referencia a cualquier tipo de información sobre su salud, ya sea pasada, presente o futura. 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.

(Vaya a la siguiente página para firmar; obligatorio)

SE DEBE FIRMAR Y AGREGAR LA FECHA EN LA SECCIÓN 8 O 9 QUE APARECE A CONTINUACIÓN.

8	Autorizo a que se comparta la información detallada en este documento. Si el miembro firma con su marca, ALGUIEN que no sea la persona que figura en la Parte 3 debe presenciar su marca.		
Firma del miembro (Si es mayor de 14 años de edad)	Firma o marca (requerido): _____	Fecha (obligatorio): _____	
	Firma de testigo si el miembro firmó con una marca: _____	Fecha (obligatorio): _____	
9	Representante autorizado significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. El representante firma por la persona que no puede firmar legalmente en su propio nombre. Si el miembro tiene entre 14 y 17 años de edad, tanto el miembro como un padre/tutor legal deben firmar este formulario. Use su nombre legal completo. Si tiene prueba legal de que tiene derecho a actuar en nombre del miembro, envíela junto con este formulario.		
Firma del Padre o representante autorizado	Firma de la persona que firma en nombre del miembro (obligatorio): _____ Fecha (obligatorio): _____		
	Nombre en letra de imprenta: _____ Número de teléfono: _____		
10	Después de completar y firmar este formulario, puede enviarlo por correo postal, fax o correo electrónico a Magellan (consulte a continuación). Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, puede comunicarse con nosotros llamando al número de teléfono que aparece en la parte superior de este formulario para el condado en el que vive.		
A dónde enviar este formulario y hacer preguntas	Dirección postal: Magellan Behavioral Health of PA 105 Terry Drive, Suite 103 Newtown, PA 18940	Fax: 1-866-667-7744	Dirección de correo electrónico: PAHC_Aud@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). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de este registro a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando en este registro o esté permitida de otra forma por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (consulte [§ 2.31](#)). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto como se indica en [§§ 2.12\(c\)\(5\)](#) y [2.65](#).