

INSTRUCCIONES

Formulario de consentimiento para divulgar información de salud protegida

Formulario de consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI): utilice este formulario para permitirnos compartir su información de salud.

Por favor, complete el formulario de consentimiento para divulgar información de salud protegida con el fin de autorizarnos a compartir su información de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al número de teléfono que figura en la parte de arriba del formulario.

Sección 1. Miembro

Esta es información sobre el miembro. Escriba en letra de imprenta el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento del miembro. Incluya el número de identificación de Asistencia Médica (Medical Assistance) del miembro. Este es el número de su tarjeta Pennsylvania ACCESS.

En el área después de la Sección 1, denominada “Por favor, marque UNO”, marque la casilla para indicarnos quién está completando el formulario.

- Si usted es el miembro, marque la primera casilla.
- Si es usted una persona que, según la ley, puede actuar en nombre del miembro, marque la segunda casilla. A continuación, utilice las dos últimas casillas para indicarnos si es usted el padre del miembro que figura en la Sección 1, o si tiene derecho legal a actuar en nombre del miembro. Si usted es alguien que no es el padre, díganos quién es en la línea proporcionada. Tenga en cuenta que, en virtud de la ley de Pennsylvania, los niños de 14 años o más generalmente controlan sus registros y deben firmar el formulario.

Sección 2. ¿Quién puede divulgar la PHI?

Esta es información sobre nosotros, Magellan Health, Inc. y sus subsidiarias y filiales. En esta sección se establece que podemos compartir su PHI con su permiso. No es necesario que haga nada para esta sección.

Sección 3. ¿A quién se le puede entregar la PHI?

Indique aquí la persona u organización con la que podemos compartir su PHI e incluya su número de teléfono y dirección, si los conocemos. Puede enumerar a una persona específica, un grupo de personas (clase) o una organización específica. Solo necesita indicar el nombre de una persona específica en una organización, si desea limitar la persona que tiene acceso a su PHI.

Sección 4. ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la información de salud que el miembro autorice a la persona/organización que figura en la Parte 3. Esto puede ser información médica sobre los medicamentos. También puede ser sobre el tratamiento de salud mental, alcohol o drogas. No cubre notas de psicoterapia que no figuran en el archivo médico del miembro. 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.

Sección 5. ¿Cuál es el propósito de la divulgación?

Díganos el motivo por el cual se comparte la PHI del miembro. Si el miembro solicita la divulgación de esta información, puede indicar “A solicitud de la persona”. 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.

Sección 6. ¿Cuándo finaliza mi autorización?

Debe informarnos cuándo finaliza la autorización. El miembro puede darnos una fecha en la que finaliza su autorización, pero no puede ser más de un (1) año desde que se firma el formulario. También puede informarnos cuándo termina la autorización, pero no puede ser después de un (1) año a partir de que se firma el formulario. Por ejemplo, puede decir que la autorización finaliza “cuando se encuentre un proveedor” o “cuando me den de alta de los servicios”.

Sección 7. Sus derechos e información importante

Esta es información importante. Lea la Sección 7 ya que en esta se explican sus derechos y otros datos importantes. Si no entiende algo, pídale ayuda a su proveedor o llame a Magellan.

Sección 8. Firma del miembro (si es mayor de 14 años)

Aquí es donde el miembro firma su nombre y agrega la fecha en que firmó el formulario. Es posible que no podamos compartir información de salud si un miembro mayor de 14 años no firma y fecha el formulario. El miembro puede firmar con una marca si entiende lo que está firmando, pero no puede firmar físicamente su nombre. Si lo hacen, deberá estar atestiguado y fechado por una persona distinta de la que figura en la Sección 3 (“¿A quién puede entregarse la PHI?”).

Sección 9. Firma del padre o representante legal (si corresponde)

Representante autorizado significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. Puede ser el padre de un menor de 18 años de edad o alguien más que tenga prueba legal de que puede actuar en nombre del miembro. Si tiene prueba legal, envíela junto con el formulario completado. Si el miembro tiene entre 14 y 17 años de edad, tanto el miembro como un padre/tutor legal deben firmar este formulario.

Sección 10. A dónde enviar este formulario y hacer preguntas

Esta sección enumera las formas en las que puede enviar el formulario completado. También le informa cómo puede comunicarse con nosotros si tiene alguna pregunta.