

Autorización para compartir información médica

[Imprimir]

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida ("PHI") cuando así lo exigen las leyes federales y estatales sobre la privacidad. Su autorización permite que AmeriHealth Caritas New Hampshire comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted elige. También puede optar por permitir que las personas u organizaciones compartan su PHI con AmeriHealth Caritas New Hampshire. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas New Hampshire. Comuníquese con Servicios al Miembro al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para recibir más instrucciones.

Parte A. Información del miembro: (la persona cuya PHI será compartida)

Nombre del miembro:		Inicial de segundo nombre:	
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Dirección del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del miembro:		Número de teléfono durante el día (incluir código de área):	

Parte B. Beneficiario: (la persona u organización que recibirá su PHI)

La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:

¿También desea que la siguiente persona u organización comparta su PHI con nosotros? Sí No

Nombre:		Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde)			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono (incluir código de área):			
Relación con el miembro mencionado en la Parte A:			

Parte C. Descripción de la PHI a compartir:

Díganos qué tipo de PHI podemos compartir. Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe seleccionar una casilla como mínimo.

Registro completo. Toda la PHI relacionada con la prestación y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica. La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.

Registros especiales. Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir cierta PHI. Marque las casillas siguientes para la PHI que acepta compartir. Al marcar estas casillas, nos autoriza a compartir todos sus registros que contengan ese tipo de PHI. Si solo quiere darnos la autorización para que compartamos un subgrupo de registros, como registros sobre un solo diagnóstico, complete la sección "Solo información limitada" a continuación.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Información genética | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias o alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas |
| <input type="checkbox"/> Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado) | <input type="checkbox"/> Información que nos pidió tratar de manera confidencial |

Solo información limitada. En el cuadro siguiente, describa la PHI que desea que compartamos. Ejemplos:

- El reclamo relacionado con mi servicio del [date].
- Información de apelación relacionada con mi reclamo el [date].

Describa la información que desea que compartamos:

Autorización para compartir información médica

Parte D. Propósito de esta autorización.

Esta autorización es válida para compartir PHI para los siguientes propósitos. (Marque una o ambas casillas).

Para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y/o pagar mis necesidades médicas.

O

Por el siguiente motivo:

Esta autorización no será válida si se utiliza para cualquier otro propósito que no sean los que se mencionan más arriba.

Parte E. Fecha de expiración de esta autorización

Esta autorización caducará. (Marque una casilla).

Deseo que la autorización expire un (1) año después de que finalice mi cobertura con AmeriHealth Caritas New Hampshire. (Ver información a continuación)*

O

En la fecha, evento o condición siguientes*:

* AmeriHealth Caritas New Hampshire debe ser notificado del evento o condición para cancelar esta autorización. En North Carolina y New Jersey, esta autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En New Hampshire, la autorización expira automáticamente dos años después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En Louisiana, si usted solicita compartir su información genética, la autorización expira sesenta días después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En el distrito de Columbia, si usted solicita compartir información sobre la salud mental, la autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa.

Parte F. Aprobación: (Usted O su representante personal deben firmar e indicar la fecha en este formulario para que se considere completo).

Entiendo que firmar esta autorización para compartir mi PHI es voluntario y no es una condición para la inscripción en AmeriHealth Caritas New Hampshire, la elegibilidad para beneficios o el pago de reclamos. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas New Hampshire y que la cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida tomada en virtud de la autorización anterior a mi solicitud de cancelación. También entiendo que, si cancelo esta autorización, debo notificar por separado a las personas u organizaciones mencionadas en la Parte B anterior si deseo que esas personas u organizaciones dejen de compartir mi PHI. También entiendo que, si la persona u organización a la que autorizo a recibir mi PHI descrita anteriormente no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica, pueden luego compartir mi PHI y que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. También entiendo que mi representante o yo personal tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y revisar la PHI que puede ser compartida debido a esta autorización.

Firma del miembro: Al firmar a continuación, autorizo compartir mi PHI como se describe anteriormente.

Firma del miembro:

Fecha:

Información del representante personal: Al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del miembro como se describe anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un familiar o un menor. Una copia de un poder notarial u otro documento legal debe estar archivado en AmeriHealth Caritas New Hampshire o presentado con este formulario).

Nombre en letra imprenta del representante personal:

Dirección del representante:

Descripción de la autoridad del representante personal:

Firma del representante personal:

Fecha:

Número de teléfono:

**Envíe el formulario completado a: Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092
Número de fax: 1-833-214-2242 (sin cargo)**

Autorización para compartir información médica

Anexo de la autorización para la divulgación de información médica

Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro identificado en la Sección A anterior es **físicamente incapaz** de firmar esta autorización. El consentimiento verbal no reemplaza la necesidad de presentar documentación que demuestre que otra persona es el representante personal del miembro, y no puede reemplazar esta documentación simplemente porque para el miembro es inconveniente firmarla.

Motivo:

Las firmas a continuación indican lo siguiente:

- El miembro recibió la información que contiene este formulario.
- El miembro indicó que comprende la información contenida en esta autorización.
- El miembro dio libremente su consentimiento.

Método de comunicación con el miembro:

- Teléfono
- En persona
- Otro (especificar):

Nombre del testigo
en letra imprenta:

Nombre del testigo
en letra imprenta:

Firma del testigo:

Firma del testigo:

Fecha: / /

Fecha: / /

La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas New Hampshire cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de edad, raza, origen étnico, nacionalidad o ascendencia, discapacidad mental o física, orientación o preferencia sexual o afectiva, identidad de género, estado civil, información genética, fuente de pago, sexo, credo, religión, estado o historial de salud o de la salud mental, necesidad de servicios de atención médica, importe a pagar a AmeriHealth Caritas New Hampshire en base de una clase actuarial de una persona o miembro elegible o condiciones médicas/ de salud preexistentes, si el miembro haya ejecutado una última voluntad médica o cualquier otra condición protegida por la ley federal o estatal.

AmeriHealth Caritas New Hampshire ofrece ayuda y servicios gratuitos para personas con discapacidades. Ejemplos de estas ayudas y servicios incluyen intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Brindamos servicios de idiomas gratuitos, tales como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas, a personas con dominio limitado del inglés o cuya lengua materna no es el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con AmeriHealth Caritas New Hampshire las 24 horas del día, los siete días a la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Si cree que AmeriHealth Caritas New Hampshire no ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera, usted o su representante autorizado (si tenemos su autorización por escrito en el archivo) pueden presentar una queja formal ante:

- AmeriHealth Caritas New Hampshire Grievances
P.O. Box 7389
London, KY 40742-7389
1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)

- También puede presentar una queja formal por teléfono al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el equipo de Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas New Hampshire está disponible para ayudarlo. Puede comunicarse con Servicios al Miembro las 24 horas del día, los siete días a la semana, al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

También puede presentar una queja por discriminación a través de la Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), que ha sido designada para coordinar los esfuerzos de cumplimiento de los derechos civiles de NH DHHS para el Departamento:

State of New Hampshire, Department of Health and Human Services, Office of the Ombudsman
129 Pleasant Street

Concord, NH 03301-3857

1-603-271-6941 o 1-800-852-3345 ext. 6941

Fax: **1-603-271-4632, (TTY 1-800-735-2964)**

Correo electrónico: **ombudsman@dhhs.nh.gov**

Usted también puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW

Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Attention: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.

Atención: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-704-1177 (TTY 1-855-534-6730)**.