AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

La presente autorización es voluntaria y se puede utilizar para permitir que Community Health Choice (Community) utilice o divulgue información de salud protegida (protected health information o PHI).

Las personas que completen este formulario deben leerlo en su totalidad antes de firmar y completar todas las secciones que se apliquen a sus decisiones relacionadas con el uso o la divulgación de su información de salud protegida (PHI).

☐ Como miembro de Community (mayor de 18 años) estoy solicitando que se comunique información de salud protegida (PHI) a la persona que se indica a continuación.

☐ Como padre/tutor de un miembro (menor de 18 años) de Community estoy solicitando que se comunique información de salud protegida (PHI) a la persona que se indica a continuación, e incluyo comprobante de mi identidad y derechos legales.

NOMBRE COMPLETO DEL MIEMBRO

NÚMERO DE ID DEL MIEMBRO

FECHA DE NAC. DEL MIEMBRO / /

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

TEL. DE CONTACTO DE DÍA / /

OTRO TEL. / /

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

ENTRADA EN VIGENCIA: Por favor, elija y complete uno.

Esta autorización es válida por un plazo de un año desde la fecha indicada: Mes: Dia: Año:

Esta autorización sólo será válida hasta: Mes: Día: Año:

DERECHO DE REVOCACIÓN:

Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento enviando una carta a Community por correo postal, correo electrónico o fax a la dirección detallada al final de este documento. Esta carta también debe incluir el nombre completo del miembro, el número de miembro, la dirección y el número de teléfono.

La autorización no tendrá efecto sobre las acciones que Community ya haya realizado de buena fe antes de recibir esta carta de retiro de autorización.

¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN DE SALUD?

NOMBRE

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

TEL. DE CONTACTO DE DÍA

OTRO TEL.

POR FAVOR SELECCIONE A QUIEN CORRESPONDA:

- ☐ Yo
- ☐ Padre biológico o adoptivo
- ☐ Padre sustituto (de crianza temporal)
- ☐ Padrastro
- ☐ Otra _____
- ☐ Tutor legal
- ☐ Esposo
- ☐ Representante legal: alguien con facultad legal para actuar en representación del Miembro

Si la persona que firma esta autorización no es el Miembro, deberá proporcionar una copia del poder notarial de atención médica, el certificado de nacimiento u otro documento pertinente que lo autorice a actuar en representación del Miembro, junto con su comprobante de identidad.

¿QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE DIVULGAR?

- ☐ Toda la información descripta a continuación

- ☐ Información de beneficios, facturación y reclamaciones
- ☐ Cambios de proveedor de atención primaria
- ☐ Cambios de domicilio
- ☐ Solicitud de tarjeta de identificación
- ☐ Pago de primas
- ☐ Ortografía del nombre y otra información personal

Se requieren sus iniciales para autorizar la divulgación de la siguiente información:

- ____ Información de salud mental
- ____ Drogadicción, Alcoholismo, Abuso de Sustancias
- ____ Información genética
- ____ Embarazo/Planificación familiar
- ____ VIH/SIDA

Por favor tenga en cuenta: Existen restricciones respecto de la cantidad de información que podemos compartir con otras personas en relación con su cuenta. Aviso para los padres: estas restricciones puede que no afecten los derechos legales que ustedes tienen de acceder a la información de su hijo/a por otros medios, como por ejemplo, contactándose con el médico de atención primaria de su hijo/a.

DECLARACIÓN ACERCA DE LA LEY HIPAA:

Se usa este formulario en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act —HIPAA), las Normas de Privacidad y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Texas Medical Privacy Act). Las entidades contempladas (covered entities) pueden usar este o cualquier otro formulario que cumpla con la ley HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables.

Las entidades contempladas, tal como se define este término en la ley HIPAA y el Código de Salud y Seguridad de Texas, deben obtener una autorización firmada por una persona o el representante legalmente autorizado de tal persona para divulgar la Información de Salud Protegida de esa persona (PHI).

La Autorización proporcionada mediante el uso del formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información de salud protegida de la persona designada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, incluso mediante el uso de medios electrónicos.

FIRMA Y AUTORIZACIÓN:

He leído este formulario en su totalidad y estoy de acuerdo con los usos y divulgación de la información tal como se describen. Entiendo que si me niego a firmar este formulario, esta negativa no impide la divulgación de la información de salud protegida que haya tenido lugar con anterioridad a la revocación o que por alguna otra razón la ley permita sin mi autorización o consentimiento específicos, incluidas divulgaciones a las entidades contempladas.

FIRMA: _____ FECHA: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Firma de la persona o Representante legalmente autorizado de la persona

Nombre en imprenta del Representante legalmente autorizado (si corresponde):

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Para la divulgación de cierto tipo de información se requiere la firma del menor de edad, como por ejemplo, para la divulgación de información relacionada con ciertos tipos de atención médica reproductiva, enfermedades de transmisión sexual y tratamiento de drogadicción, alcoholismo o abuso de sustancias y de salud mental:

FIRMA: _____ FECHA: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Miembros: Este formulario o carta de retiro de autorización, una vez completado, podrá ser presentado mediante:

E-mail: MemberServices@CommunityHealthChoice.org

Fax: 713.295.2293 – Fulfillment Department

Correo: Community Health Choice
Attention: Fulfillment Department
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054