

Consentimiento para la divulgación de información sensible

Este formulario autoriza a Jefferson Health Plans CHIP a usar o compartir su información médica con otros proveedores u organizaciones de atención médica. Este formulario le permite otorgar su consentimiento para compartir su información sensible.

Instrucciones para completar este formulario de autorización

Parte 1: Su información: Esta sección debe nombrar al miembro de Jefferson Health Plans CHIP cuya información médica se compartirá con el proveedor de atención médica autorizado o se divulgará a este. Escriba en letra imprenta su nombre, fecha de nacimiento, dirección registrada, número de teléfono y número de identificación de miembro.

Parte 2: ¿Quién está autorizado a recibir su información? Esta sección debe enumerar los proveedores u organizaciones autorizados que analizarán su información médica con Jefferson Health Plans CHIP.

Parte 3: ¿Qué información se puede compartir? Esta sección debe indicar qué información médica Jefferson Health Plans CHIP puede compartir con los proveedores u organizaciones autorizados o divulgarles dicha información.

Parte 4: Fecha de vencimiento. La autorización requiere que se dé una fecha o un evento específico para el vencimiento de la autorización (p. ej., 1/15/2026, enero de 2026 o una declaración "cuando ya no sea miembro"). Si no se proporciona una fecha o un evento específico, el formulario vencerá en 6 meses a partir de la fecha de la firma.

Parte 5: Firmas. Se requiere *la firma del miembro*. Si el miembro es incapaz de firmar, un representante personal o legal puede firmar en nombre del miembro. Se confirmará a los padres o tutores de menores de edad utilizando la información del estado. Un representante personal, como un albacea o alguien con un poder notarial, puede firmar con su nombre en lugar del miembro. Los documentos legales que demuestren la autoridad del representante personal en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o archivarse en Jefferson Health Plans CHIP; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará.

Divulgación: Aviso relacionado con la redivulgación y el uso prohibido de información sobre trastornos por consumo de sustancias

Su consentimiento único puede autorizar usos y divulgaciones futuros para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. La información sobre VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, salud conductual, marcadores genéticos y el diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias provenientes de un programa federalmente asistido conforme a la Parte 2 está protegida por las normas federales de confidencialidad que prohíben cualquier divulgación adicional de esta información, a menos que usted obtenga el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita la Parte 2 del 42 CFR. Estas reglas prohíben que cualquier persona use o divulgue estos registros, o cualquier testimonio que describa información contenida en estos registros, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por cualquier autoridad federal, estatal o local contra el paciente, a menos que esté autorizado por el consentimiento por escrito del paciente o según lo autorizado por un tribunal de acuerdo con la Parte 2. Una vez que los registros se reciben legalmente con el consentimiento correspondiente, las entidades reguladas por la HIPAA pueden volver a divulgar información sobre el SUD de acuerdo con la HIPAA, excepto cuando la Parte 2 proporcione protecciones adicionales (por ejemplo, ciertas notas de la sesión de asesoramiento).

Complete TODAS las secciones. Si la información de este formulario no está completa, Jefferson Health Plans CHIP devolverá el formulario y no aprobará esta solicitud hasta que se complete en su totalidad.

Información de contacto

ENVÍE SU/SUS FORMULARIO(S) A LA DIRECCIÓN O AL NÚMERO DE FAX QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Relaciones con los miembros que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escriba a:

**Jefferson Health Plans CHIP
Privacy Services
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
o por fax: 267-515-6666**

Conserve una copia de esta Autorización y las instrucciones para sus registros.



Consentimiento para la divulgación de información sensible
Todos los campos son obligatorios.

1. Su información	
Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad/código postal:
N.º de identificación del miembro:	Teléfono:
2. ¿Quién está autorizado a recibir su información?	
Su consentimiento permite que Jefferson Health Plans CHIP y otros proveedores de atención médica que usted elija compartan registros e información sobre su salud. Compartir información ayudará a Jefferson Health Plans CHIP y a otros profesionales de atención médica a brindarle una mejor atención.	
Community Behavioral Health (CBH) 801 Market St., Philadelphia, PA 19107	Atención médica gestionada para la salud conductual Organización (BH-MCO) si no es CBH: Nombre/dirección/número de teléfono de la organización:
Nombre/dirección/número de teléfono del proveedor de atención primaria (PCP):	Nombre/dirección/número de teléfono del proveedor de salud conductual:
Nombre/dirección/número de teléfono del especialista en salud física:	Nombre/dirección/número de teléfono de otro proveedor de salud:

3. ¿Qué información se puede compartir?

Su información de salud física y mental también se compartirá si firma este formulario. Si sus registros contienen información sobre el tratamiento por drogas o alcohol, puede aceptar compartir esta información con los proveedores que figuran en la Parte 2 de este formulario.

Sí	No	Iniciales _____	Autorizo que toda la información sobre el tratamiento por drogas o alcohol que se encuentre en mis registros se comparta con los proveedores mencionados en la Parte 2.
----	----	-----------------	---

Sí	No	Iniciales _____	Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con información sobre el VIH para que se comparta con los proveedores enumerados en la Parte 2.
----	----	-----------------	---

4. Fecha de vencimiento

Esta Autorización **vencerá** el ____ / ____ / ____ (mes/día/año) ☐ en el siguiente evento (p. ej., "cuando ya no sea miembro"). _____

5. Firmas

- Tengo más de 18 años y estoy dando este consentimiento a sabiendas y voluntariamente.
- Acepto la divulgación de registros/información para los fines mencionados anteriormente.
- Comprendo que mi consentimiento es voluntario y no es una condición para la inscripción, el tratamiento, la elegibilidad o el pago de reclamaciones.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya se haya divulgado en función de este formulario.
- La información utilizada o divulgada de conformidad con esta Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de dicha información y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Los registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los registros de pacientes por consumo de sustancias, Parte 2 del Título 42 del CFR, pueden volver a divulgarse según lo permita la ley federal de la HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en mi contra.

Al firmar a continuación, usted acepta compartir la información anterior. Puede revocar/cancelar este consentimiento en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Jefferson Health Plans CHIP o enviando un formulario de revocación.

Nombre del miembro: _____

Firma: _____

Fecha: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL O AUTORIZADO

Representante personal/autorizado (si corresponde): Una copia de un poder notarial u otro documento legal que demuestre que usted puede actuar en nombre del miembro debe estar archivada en Jefferson Health Plans CHIP o presentada con este formulario.

Relación con el miembro: _____

Firma del representante personal: _____

Número de teléfono: _____

Si no puedo firmar con mi nombre a continuación, reconozco verbalmente que he leído y acepto los términos de esta Autorización.

Nombre del testigo n.º 1 de información de salud mental: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo n.º 2 de información de salud mental: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo de información sobre el tratamiento de drogas/alcohol: _____

Se ofreció una copia de este formulario al miembro: Aceptado Rechazado



Pennsylvania's Children's
Health Insurance Program
Cubrimos a todos los niños.



**Jefferson
Health Plans**

La discriminación va en contra de la ley

Jefferson Health Plans cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Jefferson Health Plans no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Jefferson Health Plans proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de forma efectiva con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Jefferson Health Plans proporciona servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Jefferson Health Plans al **1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477)**.

Si cree que Jefferson Health Plans no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, género, identidad o expresión de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante:

Jefferson Health Plans
A la atención de: Complaints, Grievances &
Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Teléfono: 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477)
Fax: 1-215-991-4105

The Bureau of Equal Opportunity,
Room 223, Health and Welfare Building,
P.O. Box 2675,
Harrisburg, PA 17105-2675,
Teléfono: (717) 787-1127, TTY/Servicio
de retransmisión de Pensilvania 711,
Fax: (717) 772-4366, o
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Jefferson Health Plans y la Oficina de Igualdad de Oportunidades están disponibles para ayudarle.

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, teléfono o correo electrónico a:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW.,
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).
OCRMail@hhs.gov

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

Avisos de disponibilidad

ATTENTION: Si habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Las ayudas y los servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles también están disponibles sin cargo. Llame al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o hable con su proveedor.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) o hable con su proveedor.

Chinese; Mandarin

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-888-888-1211 (文本电话：1-877-454-8477) 或咨询您的服务提供商。

Nepali

सावधान: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि गि: शुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि नि: शुल्क उपलब्ध छन्। 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات من ابسة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-888-888-1211 (1-877-454-8477) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) oswa pale avèk founisè w la.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-888-888-1211 (Người khuyết tật: 1-877-454-8477) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Ukrainian

УВАГА: Якщо ви розмовляєте українська мова, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби та послуги для надання інформації у доступних форматах також доступні безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) або зверніться до свого постачальника.

Chinese; Cantonese

注意：如果您說中文，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) 或與您的提供者討論。

Portuguese

ATENÇÃO: Se você fala português do Brasil, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) ou fale com seu provedor.

Bengali

মনোযোগ দি: দি আপনি বাংলা বলেন তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

French

ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) ou parlez à votre fournisseur.

Cambodian

សូមយកចិត្តទុកដាក់: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅ 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસિલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-888-888-1211 (TTY: 1-877-454-8477) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.