

Autorización para el uso o la divulgación de información de salud protegida

Utiliza este formulario para autorizar a Jefferson Health Plans CHIP a utilizar o divulgar tu información de salud a otra persona u organización.

Instrucciones para completar este formulario de autorización

Parte 1: Información del miembro. Esta sección debe nombrar al miembro de Jefferson Health Plans CHIP cuya información de salud se compartirá o divulgará a la persona/organización autorizados. Escribe el nombre, fecha de nacimiento, dirección en el archivo, número de teléfono y número de identificación del miembro.

Parte 2: Persona o empresa que recibirá esta información. Esta sección debe nombrar a la persona/organización autorizados que contactarán a Jefferson Health Plans CHIP para hablar sobre la información de salud del miembro. Se debe completar un **formulario separado** para cada persona u organización. Sugerimos fotocopiar el formulario en blanco para varios usos.

Parte 3: Información que se puede divulgar. Esta sección debe indicar qué información de salud Jefferson Health Plans CHIP puede compartir o divulgar a la persona/organización autorizados.

Parte 4: Propósito de la comunicación o divulgación. Esta sección nos indica el motivo por el que has solicitado la divulgación de tu información de salud.

Parte 5: Fecha de vencimiento de tu aprobación. La autorización requiere que se proporcione una fecha o un evento específico para el vencimiento de la autorización (p. ej., 1/15/2024, enero de 2024, o una declaración como "cuando ya no soy miembro"). Si no se proporciona una fecha o evento específico, el formulario caducará en 6 meses a partir de la fecha de firma.

Parte 6: Revisión y aprobación. Se requiere la firma del *miembro*. Si el miembro no puede firmar, un representante personal o legal puede firmar en nombre del miembro. Los padres o tutores de menores serán confirmados utilizando información del estado. Un representante personal como un albacea o alguien con un poder notarial puede firmar su nombre en lugar del miembro. Los documentos legales que prueben la autoridad del representante personal en nombre del miembro **DEBEN** estar adjuntos o archivados en Jefferson Health Plans CHIP; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará.

Divulgación: Aviso con respecto a la nueva divulgación y el uso prohibido de información de trastornos por consumo de sustancias.

El VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, salud conductual, marcadores genéticos y diagnóstico, tratamiento o derivación para el tratamiento por consumo de sustancias de un programa de la Parte 2 con asistencia federal están protegidos por las normas federales de confidencialidad que prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que obtengas el consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por la Parte 2 del Título 42 del CFR. Estas normas prohíben a cualquier persona utilizar o divulgar estos registros, o cualquier testimonio que describa la información contenida en estos registros, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por parte de cualquier autoridad federal, estatal o local contra el paciente, a menos que esté autorizado por el consentimiento escrito del paciente o según lo autorizado por un tribunal de acuerdo con la Parte 2. Una vez que se reciba legalmente con el consentimiento adecuado, las entidades reguladas por HIPAA pueden volver a divulgar la información de SUD de acuerdo con HIPAA, excepto donde la Parte 2 proporcione protecciones adicionales (por ejemplo, ciertas notas de sesiones de asesoramiento).

Completa 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 haya completado en su totalidad.

Información de contacto

**ENVÍA TUS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN O
AL NÚMERO DE FAX QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN.**

Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda para completar este formulario, llama al número de teléfono de Servicios para Miembros que figura al dorso de tu tarjeta de identificación o escribe a:

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

Guarda una copia de esta Autorización y las instrucciones para tus registros



Autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida
Todos los campos son obligatorios.

1. Persona cuya información debe divulgarse (el "miembro")					
Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:				
Dirección:	Ciudad/código postal:				
Número de identificación de miembro:	Número de teléfono:				
2. Quién está autorizado a recibir la información del miembro (el "destinatario").					
Nombre del destinatario u organización:	Vínculo con el miembro:				
Dirección:	Número de teléfono:				
	Fax:				
3. ¿Qué información de salud puede divulgar Jefferson Health Plans CHIP? (Marca todas las que correspondan)					
Toda mi (miembro) información de salud protegida. Solo información sobre beneficios (copagos, farmacia, información sobre elegibilidad/cobertura) Coordinación de la información de atención solamente (como información de atención y control, trabajador social o manejo de enfermedades) Notas de psicoterapia: si marcas esta casilla, no puedes marcar ninguna otra casilla en esta sección. Una autorización para la divulgación de notas de psicoterapia no puede combinarse con una autorización para la divulgación de ningún otro tipo de información. Instrucciones especiales: _____ *NOTA: Las leyes federales y estatales exigen que proporciones permiso específico para divulgar la información a continuación, incluso si marcaste una casilla arriba. Indica tu permiso para que Jefferson Health Plans CHIP divulgue la siguiente información colocando tus iniciales en todas las opciones que correspondan. <table border="0"><tr><td>Información genética (Iniciales)</td><td>VIH/sida (Iniciales)</td></tr><tr><td>Abuso de alcohol/sustancias (Iniciales)</td><td>Salud mental/conductual (Iniciales)</td></tr></table>		Información genética (Iniciales)	VIH/sida (Iniciales)	Abuso de alcohol/sustancias (Iniciales)	Salud mental/conductual (Iniciales)
Información genética (Iniciales)	VIH/sida (Iniciales)				
Abuso de alcohol/sustancias (Iniciales)	Salud mental/conductual (Iniciales)				
4. ¿Cuál es el propósito de los usos o la divulgación solicitados de la Información?					
Para hablar sobre mi información de salud en persona, por escrito o por teléfono Para hablar y realizar cambios en mi información de salud (como cambios en el médico de atención primaria) Otro/objetivo especial: _____					



Autorización para el uso y la divulgación de información de salud protegida
Todos los campos son obligatorios.

5. Vencimiento y revocación

Esta autorización **vencerá** el ___/___/____ (mes/día/año) ☐ en el siguiente evento (por ejemplo, "cuando ya no sea miembro"). _____

6. Firma

Al firmar a continuación, entiendo que autorizo el uso/la divulgación de mi información de salud y:

- A. Mi autorización es voluntaria y no constituye una condición para la inscripción, la elegibilidad o el pago de reclamaciones.
- B. Si las personas u organizaciones autorizadas enumeradas anteriormente no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de la información de salud, pueden divulgar mi información de salud y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad.
- C. Puedo revocar/cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Jefferson Health Plans CHIP o enviando el formulario de revocación. Sin embargo, comprendo que cualquier revocación/cancelación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada por Jefferson Health Plans CHIP antes de que recibiera mi revocación firmada.

FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE PERSONAL

He leído y comprendido la información anterior:

Nombre del miembro o representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si eres un representante personal, indica tu relación con el miembro: _____

Ten en cuenta que, si aún no se ha proporcionado, necesitaremos la verificación de la autoridad de un representante personal, como una copia de un poder notarial de atención médica, general o duradero, antes de que esta solicitud se considere completa. Si el padre/madre/tutor realiza esta solicitud, completa lo siguiente: El miembro/participante es menor de ____ años de edad. Si realizas esta solicitud en nombre de un menor, podemos requerir información adicional, como una orden judicial u otra documentación que demuestre la custodia u otro documento legal que demuestre la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro antes de que esta solicitud se considere completa.

La discriminación está prohibida por la ley

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

Jefferson Health Plans no excluye a personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género ni orientación sexual.

Jefferson Health Plans proporciona productos y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros; algunos de estos productos y servicios pueden ser los siguientes:

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

Jefferson Health Plans proporciona servicios lingüísticos gratis para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes calificados.
- Información escrita en otros idiomas.

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

Si crees que Jefferson Health Plans ha incumplido en la prestación de estos servicios o ha discriminado de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, religión, ascendencia, sexo, identidad o expresión de género, u orientación sexual, puedes presentar una queja ante la siguiente entidad:

Jefferson Health Plans
Attn: Complaints, Grievances & Appeals Unit
1101 Market Street, Suite 3000
Philadelphia, PA 19107
Número de 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,
Número de teléfono: (717) 787-1127,
TTY/servicio de retransmisión de PA: 711,
fax: (717) 772-4366, o al
correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puedes presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesitas ayuda para presentar una queja, Jefferson Health Plans y la Oficina de Igualdad de Oportunidades (Bureau of Equal Opportunity) están disponibles para ayudarte.

También puedes presentar una queja respecto de los derechos civiles en forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a través del Portal de la Oficina de Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o bien, por correo postal, 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 se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Avisos de disponibilidad

ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-888-888-1211 (TTY 1-877-454-8477) or speak to your provider.

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 بوسائل بديلة مجانية. 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 និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដល់សមាជិក 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 ઓક્ટિલરી 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.