

Consentimiento para la divulgación de información sensible

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

Parte 3: ¿Qué información se puede compartir? Esta sección debe indicar qué información médica Jefferson Health Plans Medicare 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 Medicare; 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 Medicare devolverá el formulario y no aprobará esta solicitud hasta que se complete en su totalidad.

Información de contacto**ENVÍE SU(S) 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 Servicio de atención al miembro que
aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o escriba a:

**Jefferson Health Plans
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 Medicare y otros proveedores de atención médica que usted elija compartan registros e información sobre su salud. Compartir información ayudará a Jefferson Health Plans Medicare y a otros profesionales de atención médica a brindarle una mejor atención.	
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 Medicare o presentando 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 Medicare 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