

Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida

Use este formulario para autorizar a Jefferson Health Plans Medicare a usar o divulgar su información médica 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 Medicare cuya información médica se compartirá con la persona u organización autorizada o se divulgará a estas. Escriba en letra imprenta el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección registrada y el número de teléfono del miembro, y el número de identificación de miembro.

Parte 2: Persona o compañía que recibirá esta información. Esta sección debe nombrar a la persona u organización autorizada que se comunicará con Jefferson Health Plans Medicare para analizar la información médica del miembro. Se debe completar un **formulario por separado** para cada persona u organización. Sugerimos fotocopiar el formulario en blanco para darle múltiples usos.

Parte 3: Información que se puede divulgar. Esta sección debe indicar qué información médica puede compartir Jefferson Health Plans Medicare con la persona u organización autorizada o divulgarla a estas.

Parte 4: Propósito de la divulgación. Esta sección nos indica el motivo por el que solicitó la divulgación de su información médica.

Parte 5: Fecha en que vence su aprobación. La autorización requiere que se dé una fecha o un evento específico para el vencimiento de la autorización (p. ej., 1/15/2024, enero de 2024 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 6: Revisión y aprobación. 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

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.



Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida
Todos los campos son obligatorios.

1. Persona cuya información se va a divulgar (el "miembro")

Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad/código postal:
N.º de identificación del miembro:	Teléfono:

2. Quién está autorizado a recibir la información del miembro (el "destinatario").

Nombre del destinatario u organización:	Relación con el miembro:
Dirección:	Teléfono:
	Fax:

**3. ¿Qué información médica puede divulgar Jefferson Health Plans Medicare?
(Marque todas las opciones que correspondan)**

Toda mi información médica protegida (del miembro).

Solo información sobre beneficios (copagos, farmacia, información de elegibilidad/cobertura).

Solo información sobre coordinación de la atención (como información sobre atención y control, trabajador social o manejo de enfermedades).

Notas de psicoterapia: ***Si marca esta casilla, no puede 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:** La ley federal y estatal exige que usted otorgue permiso específico para divulgar la siguiente información, incluso si marcó una casilla arriba. Indique su permiso para que Jefferson Health Plans Medicare divulgue cualquier información que aparece a continuación colocando sus iniciales en todas las opciones que correspondan.

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 de la información solicitados?

Para **hablar** sobre mi información médica en persona, por escrito o por teléfono

Para **hablar y hacer cambios** en mi información médica (como cambios de médico de atención primaria)

Otro/propósito especial: _____



Autorización para el uso o divulgación de información médica protegida
Todos los campos son obligatorios.

5. Vencimiento y revocación

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

6. Firma

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

- A. Mi autorización es voluntaria y no es una condición para la inscripción, la elegibilidad o el pago de una reclamación.
- B. Si las personas u organizaciones autorizadas mencionadas anteriormente no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de la información médica, pueden seguir divulgando mi información médica y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad.
- C. Puede revocar/cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Jefferson Health Plans Medicare o enviando un formulario de revocación. Sin embargo, entiendo que cualquier revocación/cancelación de esta autorización no afectará ninguna medida tomada por Jefferson Health Plans Medicare antes de que recibiera mi revocación firmada.

FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE PERSONAL

He leído y comprendo la información anterior:

Nombre del miembro o representante personal: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si usted es un representante personal, indique su relación con el miembro: _____

Tenga en cuenta que, si aún no se ha proporcionado, requeriremos la verificación de la autoridad de un representante personal, como una copia de un poder notarial para atención médica, general o duradero, antes de que esta solicitud se considere completa. Si el padre, la madre o el tutor realizan esta solicitud, complete lo siguiente: El miembro/participante es menor de ____ años de edad. Si presenta esta solicitud en nombre de un hijo menor de edad, es posible que necesitemos 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.