Autorización para compartir información médica

[Imprimir]

AmeriHealth Caritas Florida

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida (PHI) cuando así lo exigen las leyes federales y estatales sobre la privacidad. Su autorización permite que AmeriHealth Caritas Florida comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted elige. También puede optar por permitir que las personas u organizaciones compartan su PHI con AmeriHealth Caritas Florida. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas Florida. Comuníquese con Servicios al Miembro al 1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856) para recibir más instrucciones.

Parte A. Información del miembro: (la persona cuya PHI será compartida)			
Nombre del miembro:			Inicial de segundo nombre:
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Dirección del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Núm. de teléfono de día (con código de área):		

Parte B. Beneficiario: (la persona u organización que recibirá su PHI)		
La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:		
¿También desea que la siguiente persona u organización comparta su PHI con nosotros? ☐ Sí ☐ No		
Nombre:	Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono (incluir código de área):		
Relación con el miembro mencionado en la Parte A:		

Parte C. Descripción de la PHI a compartir:

Díganos qué tipo de PHI podemos compartir. Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe seleccionar una casilla como mínimo.

☐ **Registro completo.** Toda la PHI relacionada con la prestación y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica. La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.

☐ **Registros especiales. <u>Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir cierta PHI. Marque las casillas siguientes para la PHI que acepta compartir</u>.** Al marcar estas casillas, nos autoriza a compartir todos sus registros que contengan ese tipo de PHI. Si solo quiere darnos la autorización para que compartamos un subgrupo de registros, como registros sobre un solo diagnóstico, complete la sección "Solo información limitada" a continuación.

- ☐ Información genética
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Consumo de sustancias o alcohol
- ☐ Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado)
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Aborto y planificación familiar
- ☐ Enfermedades contagiosas
- ☐ Información que nos pidió tratar de manera confidencial

☐ **Solo información limitada**. En el cuadro siguiente, describa la PHI que desea que compartamos. Ejemplos:

- El reclamo relacionado con mi servicio con fecha [date].
- Información de apelación relacionada con mi reclamo con fecha [date].

Describa la información que desea que compartamos:

Parte D. Propósito de esta autorización

Esta autorización es válida para compartir PHI para los siguientes propósitos. (Marque una o ambas casillas).

☐ Para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y/o pagar mis necesidades médicas.

O

☐ Por el siguiente motivo:

Esta autorización no será válida si se utiliza para cualquier otro propósito que no sean los que se mencionan más arriba.

Parte E. Fecha de expiración de esta autorización

Esta autorización expirará. (Marque una de las casillas.)

☐ Deseo que la autorización expire un (1) año después de que finalice mi cobertura con AmeriHealth Caritas Florida. (Ver información a continuación)*

O

☐ En la fecha, evento o condición siguientes*:

* AmeriHealth Caritas Florida debe ser notificado del evento o la condición para cancelar esta autorización. En North Carolina y New Jersey, esta autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En New Hampshire, la autorización expira automáticamente dos años después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En Louisiana, si usted solicita compartir su información genética, la autorización expira sesenta días después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En District of Columbia, si usted solicita compartir información sobre la salud mental, la autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa.

Parte F. Aprobación: (Usted O su representante personal deben firmar y fechar este formulario para que se considere completo.)

Entiendo que firmar esta autorización para compartir mi PHI es voluntario y no es una condición para la inscripción en AmeriHealth Caritas Florida, la elegibilidad para beneficios o el pago de reclamos. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas Florida y que la cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida tomada en virtud de la autorización anterior a mi solicitud de cancelación. También entiendo que, si cancelo esta autorización, debo notificar por separado a las personas u organizaciones mencionadas en la Parte B anterior si deseo que esas personas u organizaciones dejen de compartir mi PHI. También entiendo que, si la persona u organización a la que autorizo a recibir mi PHI descrita anteriormente no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica, pueden luego compartir mi PHI y que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. También entiendo que yo o mi representante personal tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y revisar la PHI que puede ser compartida debido a esta autorización.

Firma del miembro: al firmar a continuación, autorizo compartir mi PHI como se describe anteriormente.	
Firma del miembro:	Fecha:

Información del representante personal: al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del miembro como se describe anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un familiar o un menor.) Una copia de un poder notarial u otra documentación legal debe estar archivada en AmeriHealth Caritas Florida o presentada con este formulario.)	
Nombre en letras de molde del representante personal:	
Domicilio del representante:	
Descripción de la autoridad del representante personal:	
Firma del representante personal:	
Fecha:	Número de teléfono:

Envíe el formulario completado a: Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092
Número de fax: 1-833-214-2242 (sin cargo)

Anexo de la autorización para la divulgación de información médica

Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro identificado en la Sección A anterior es **físicamente incapaz** de firmar esta autorización. El consentimiento verbal no reemplaza la necesidad de presentar documentación que demuestre que otra persona es el representante personal del miembro, y no puede reemplazar esta documentación simplemente porque para el miembro es inconveniente firmarla.

Motivo:

Las firmas a continuación indican lo siguiente:

- El miembro recibió la información que contiene este formulario.
- El miembro indicó que comprende la información contenida en esta autorización.
- El miembro dio libremente su consentimiento.

Método de comunicación con el miembro:

☐ Teléfono

☐ En persona

☐ Otro (especificar):

Nombre del testigo (molde):	Nombre del testigo (molde):
Firma del testigo:	Firma del testigo:
Fecha: / /	Fecha: / /

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800** or TTY **1-855-358-5856**, 24 hours a day, 7 days a week.

Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al **1-855-355-9800** o TTY **1-855-358-5856**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele sèvis kliyan nou an nan nimewo **1-855-355-9800** oswa TTY **1-855-358-5856**, 24 sou 24, 7 sou 7.

AmeriHealth Caritas Florida

La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. AmeriHealth Caritas Florida no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

AmeriHealth Caritas Florida:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:
    - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
    - Intérpretes calificados.
    - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a AmeriHealth Caritas Florida al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que AmeriHealth Caritas Florida no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal dirigida a:

- Grievance and Appeals, P.O. Box 7368, London, KY 40742. **1-855-371-8078 (TTY 1-855-371-8079),** Fax: **1-855-358-5847**.
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Florida está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles (en inglés, *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

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

English: This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 hours a day, seven days a week. If your primary language is not English, or to request auxiliary aids, assistance services are available to you, free of charge.

Spanish: Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Póngase en contacto con nuestro número de servicios al cliente al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su idioma principal no es el inglés, o necesita solicitar ayudas auxiliares, hay servicios de asistencia a su disposición de forma gratuita.

Haitian Creole: Enfòmasyon sa yo disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte ekip sèvis kliyan nou an nan **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 è sou 24, sèt jou sou sèt. Si anglè pa lang manman w oswa si w ta renmen mande yon èd konplemantè, ou ka resevwa sèvis ki gratis pou ede w.

French: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d’autres langues. Veuillez contacter notre équipe service clientèle au **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Si l’anglais n’est pas votre langue maternelle ou si vous souhaitez demander une aide auxiliaire, des services d’aide sont gratuitement mis à votre disposition.

AmeriHealth Caritas Florida

Russian: Эта информация доступна бесплатно на других языках и в других форматах. Звоните в Отдел обслуживания клиентов по тел. **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** — круглосуточно и без выходных. Если ваш родной язык не английский или вы хотели бы запросить дополнительную помощь, вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода.

Italian: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue. Chiamate il nostro sevizio clienti al numero **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** 24 ore al giorno, sette giorni su sette. Se la vostra prima lingua non è l'inglese, o per richiedere attrezzature di supporto sensoriale, sono disponibili servizi d'assistenza, gratuitamente.

Vietnamese: Thông tin này có sẵn miễn phí ở các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Nếu ngôn ngữ chính của quý vị không phải là tiếng Anh, hoặc để yêu cầu các thiết bị trợ giúp bổ sung, thì quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ.

Portuguese: Estas informações estão disponíveis gratuitamente em outros idiomas. Por favor, entre em contato com o nosso serviço de atendimento ao cliente pelo número **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 horas por dia, sete dias por semana. Se o seu idioma principal não for o inglês, ou se você precisar solicitar recursos auxiliares para deficientes, os serviços de assistência estão disponíveis gratuitamente para você.

Chinese Mandarin: 这些信息还免费以其他语言提供。请随时联系我们的客户服务电话 **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**，该电话每周 7 天、每天 24 小时全天候提供服务。如果您的母语不是英语，或者需要请求辅助设备，您可以免费获得援助服务。

Chinese Cantonese: 這份資訊還免費以其他語言提供。請隨時聯絡我們的客戶服務電話 **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**，該電話每周 7 天、每天 24 小時全天候提供服務。如果您的母語不是英語，或者需要請求輔助設備，您可以免費獲得援助服務。

Tagalog: Makukuha nang libre ang impormasyong ito sa mga iba pang wika. Mangyaring makipag-ugnay sa numero ng customer service sa **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Kung hindi Ingles ang inyong pangunahing wika, o upang humiling ng mga kagamitang pantulong, may matatanggap kayong libreng serbisyo sa pagsasalin sa wika.

Arabic:
يمكنك الحصول على هذه المعلومات بلغات أخرى مجانًا. لطلب مساعدات وخدمات إضافية يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. تتوفر لك خدمات لغوية مجانية إذا كانت لغتك الأساسية ليست الإنجليزية أو إذا طلبت مساعدات إضافية.

AmeriHealth Caritas Florida

Servicios de interpretación en varios idiomas

German: Diese Information wird kostenlos in anderen Sprachen angeboten. Bitte setzen Sie sich unter der Rufnummer **1-855-355-9800** (**TTY 1-855-358-5856**) mit unserem Kundendienst in Verbindung, der Ihnen an sieben Tagen der Woche 24 Stunden lang zur Verfügung steht. Falls Englisch nicht Ihre Muttersprache ist, können Sie eine kostenlose Sprachhilfe nutzen.

Korean: 본 정보는 다른 언어로도 무료로 제공됩니다. 주 7일 하루 24시간 운영되는 고객 서비스 **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**번으로 연락하시기 바랍니다. 영어가 모국어가 아니거나 장애인 보조 장치 및 서비스가 필요하신 경우 , 무료로 지원 서비스가 제공됩니다.

Polish: Poniższa informacja jest dostępna bezpłatnie w innych językach i formatach. Prosimy o kontakt z Działem obsługi klienta pod numerem telefonu **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu. Jeśli angielski nie jest Twoim pierwszym językiem lub w celu uzyskania dodatkowej pomocy, możesz korzystać z bezpłatnej obsługi w tym zakresie.

Gujarati: આ માહિતી મફતમાં અન્ય ભાષાઓમાં ઉપલબ્ધ છે. કૃપા કરીને અમારી ગ્રાહક સેવાના નંબર **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, દિવસમાં 24 કલાક, અઠવાડિયાના સાત દિવસો નો સંપર્ક કરો. જો તમારી પ્રાથમિક ભાષા અંગ્રેજી નથી, અથવા ઉપયોગીસાધનોની વિનંતી કરવા માટે, તમારા માટે સહાયક સેવાઓ નિઃશુલ્ક ઉપલબ્ધ છે.

Thai: ข้อมูลนี้สามารถใช้ได้ฟรีในภาษาอื่น ๆ โปรดติดต่อหมายเลขบริการลูกค้าของเราที่หมายเลข **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** ได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน สัปดาห์ละ 7 วัน หากภาษาหลักของคุณไม่ใช่ภาษาอังกฤษหรือต้องการติดต่อขอรับบริการเสริมคุณสามารถเข้ารับความช่วยเหลือได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

Japanese: この情報は他の言語でも無料でご利用いただけます。年中無休で対応しておりますので、弊社カスタマーサービスのフリーダイヤル **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** までお問い合わせください。母国語が英語でない場合は、無料のサービスをご利用いただけます。