

En ocasiones, usted será atendido por diferentes proveedores. Estos podrían ser proveedores relacionados con su salud física y su salud conductual. Sin su *permiso*, estos proveedores solo podrán compartir muy poca información entre ellos. Los proveedores y los planes de seguro médico deben trabajar en conjunto para brindarle la mejor atención posible. **Por eso requieren su permiso para compartir la información sobre el abuso de sustancias, como drogas y/o alcohol.**

### **¿Qué significa firmar este formulario?**

Al firmar este formulario, usted nos indica que **ACEPTA** que su proveedor de atención primaria, los especialistas, los proveedores de salud conductual y sus planes de seguro médico (enumerados en la Parte 2) compartan información sobre su salud con el fin de planificar y coordinar su atención médica. Esto les facilita trabajar en conjunto para brindarle una mejor atención.

Si no firma este formulario, sus beneficios se mantendrán igual. Si tiene preguntas acerca de sus derechos o si necesita más detalles sobre la forma en que se comparte su información de salud, llame al Conserje de Atención Médica (Health Care Concierge) al número que figura en su tarjeta de identificación de atención administrada o en el manual para los miembros.

### **¿Por qué compartir esta información de salud?**

Al compartir esta información, permite que sus proveedores y sus planes de seguro médico administren y coordinen mejor la atención de su salud. Algunos ejemplos de cómo puede ayudar esta información son: (1) garantizar que sea seguro tomar juntos todos sus medicamentos, (2) coordinar los servicios de atención de salud que recibe y (3) asegurar que la atención de salud que recibe ayude a mantenerlo sano y bien.

### **¿Cuánto tiempo durará mi permiso para compartir mi información de salud?**

Su permiso tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha en que firme este formulario, siempre que su cobertura de seguro siga siendo la misma. Puede cancelarlo en cualquier momento. Esto no devolverá la información que ya se haya compartido, pero evitará que se siga compartiendo su información de salud, a menos que proporcione su permiso por escrito nuevamente. Si desea cancelar su permiso, puede hacerlo de dos maneras:

1. Por escrito al plan de salud que solicitó este formulario.
2. De manera verbal en cualquier momento.



### Parte 1. Información sobre el miembro

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo 2.º nombre: \_\_\_\_\_

Id. de Medical Assistance (10 dígitos) o Id. del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (mm/dd/yyyy)  Número de teléfono: (con código de área)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Parte 2. Información sobre los proveedores

*Ingrese el nombre, la dirección y el número de teléfono de sus proveedores, si corresponde*

Nombre de mi *plan* de seguro de salud física:

Nombre de mi *plan* de seguro de salud conductual:

Mi proveedor de atención primaria (PCP):

Mi(s) proveedor(es) de salud conductual:

Mi(s) otro(s) médico(s) especialista(s) :

Otro:

### Parte 3. ¿Quién puede divulgar mi información de salud?

Acepto que mi *plan* de salud física mencionado anteriormente en la Parte 2 pueda divulgar mi información de salud a las siguientes entidades:

Mi *plan* de salud conductual:  Sí  No

Mi proveedor de atención primaria (PCP):  Sí  No

Mi(s) proveedor(es) de salud conductual:  Sí  No

Mi(s) otro(s) médico(s) especialista(s):  Sí  No



### Parte 3. ¿Quién puede divulgar mi información de salud?

Acepto que mi *plan* de salud conductual mencionado anteriormente en la Parte 2 pueda divulgar mi información de salud a las siguientes entidades:

Mi *plan* de salud física:  Sí  No

Mi proveedor de atención primaria (PCP):  Sí  No

Mi(s) proveedor(es) de salud conductual:  Sí  No

Mi(s) otro(s) médico(s) especialista(s):  Sí  No

Acepto que mi proveedor de atención primaria (PCP) mencionado anteriormente en la Parte 2 pueda divulgar mi información de salud a las siguientes entidades:

Mi *plan* de salud física:  Sí  No

Mi *plan* de salud conductual:  Sí  No

Mi(s) proveedor(es) de salud conductual:  Sí  No

Mi(s) otro(s) médico(s) especialista(s):  Sí  No

Acepto que mi(s) proveedor(es) de salud conductual mencionado(s) anteriormente en la Parte 2 pueda(n) divulgar mi información de salud a las siguientes entidades:

Mi *plan* de salud física:  Sí  No

Mi *plan* de salud conductual:  Sí  No

Mi proveedor de atención primaria (PCP):  Sí  No

Mi(s) otro(s) médico(s) especialista(s):  Sí  No

Acepto que mi(s) otro(s) médico(s) especialista(s) mencionado(s) anteriormente en la Parte 2 pueda(n) divulgar mi información de salud a las siguientes entidades:

Mi *plan* de salud física:  Sí  No

Mi *plan* de salud conductual:  Sí  No

Mi proveedor de atención primaria (PCP):  Sí  No

Mi(s) proveedor(es) de salud conductual:  Sí  No

### Parte 4. ¿Qué información de salud se puede divulgar?

Acepto que la(s) entidad(es) mencionada(s) en la Parte 3 pueda(n) divulgar la siguiente información (marque todo lo que corresponda):

Si estoy en tratamiento

Mi pronóstico

Tipo de programa en el que estoy

Mi progreso en el tratamiento

Episodio(s) de recaída

Fechas del servicio a divulgar: \_\_\_\_\_

Antecedentes médicos y examen físico

Evaluaciones psiquiátricas/psicológicas

Prescripciones médicas

Otra:

Fechas del servicio a divulgar: \_\_\_\_\_



Entiendo que al mencionar mis planes de salud física y de salud conductual como destinatarios de mi información de salud, estas entidades solo podrán recibir, según las leyes estatales, la información que figura en la columna de la izquierda.

Además, entiendo que ninguna divulgación deberá incluir notas de psicoterapia de mi(s) proveedor(es) de salud conductual.

Si la información de salud que anteriormente mencioné para divulgación contiene información relacionada con el VIH, acepto que la(s) entidad(es) mencionada(s) en la Parte 3 pueda(n) divulgar esa información relacionada con el VIH:

Sí, acepto       No, no acepto

**Parte 5. Razones para divulgar mi información de salud**

Estoy de acuerdo en que mi información de salud mencionada en la Parte 4 se divulgue por los siguientes motivos

Para permitir que la(s) entidad(es) mencionada(s) en las Partes 2 y 3 coordinen los servicios de atención médica y el tratamiento que recibo.

Otra: \_\_\_\_\_

**Parte 6. Firma del miembro**

- La firma de esta autorización es voluntaria. Sus planes de salud y proveedores de atención no pueden negarle tratamientos, pagos, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios por haber firmado o no este formulario.
- Esta autorización caducará en un año a partir de la fecha en que firme este formulario.
- La información divulgada conforme a esta autorización podría quedar expuesta a ser divulgada nuevamente por el programa o la persona que la recibió. Si eso sucediera, es posible que deje de estar protegida por las leyes federales o estatales.
- Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, ya sea por escrito o de manera verbal, pero si lo hiciera, la revocación no surtirá efectos sobre ninguna información que haya sido previamente divulgada a una persona o programa aquí autorizados.
- Esta autorización solo corresponde para compartir su información de salud relacionada con el consumo de sustancias. Si desea permitir que se divulgue otra información sobre su salud física y mental, deberá otorgar su consentimiento escrito por separado para divulgar esa información específica.
- Usted tiene derecho a una copia de esta autorización en su forma completa.

Otorgo mi permiso para divulgar mi información sobre el consumo de sustancias como se describe en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Parte 7. Copia del consentimiento**

Marque aquí si desea recibir una copia de este consentimiento.

*To be completed by staff member upon form completion if signed in a face-to-face meeting:*

The Member  Accepted /  Declined to receive a completed copy of this form.

Signature of Staff Member Obtaining Consent: \_\_\_\_\_

*This form has not been formally approved by the Department of Drug and Alcohol Programs ("DDAP") for, and should not be used by, DDAP-licensed providers.*