

## Instrucciones

En ocasiones, es necesario que consulte a diversos proveedores para recibir todos los servicios que requiere. Esto incluye proveedores de atención de salud física y de salud conductual. Todos los proveedores y los planes de seguro médico deben trabajar en conjunto para brindarle la mejor atención posible, pero los proveedores y los planes de seguro médico solo pueden compartir poca información sin su permiso. Considere otorgar este permiso para compartir información sobre su salud mental y física.

### ¿Qué implica firmar este formulario?

Al firmar este formulario, usted nos indica que **ACEPTA** que el proveedor de atención primaria, los especialistas, los proveedores de atención de salud conductual, los planes de seguro médico y otros, según se indican, compartan cierta información de salud sobre usted con el fin de planificar y coordinar su atención médica. Esto ayuda a que los proveedores y los planes de seguro médico trabajen 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 a Servicios para los Miembros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de atención administrada o en el manual para miembros.

### ¿Por qué comparte esta información de salud?

Al compartir esta información, permite que los proveedores y los planes de seguro médico administren y coordinen su atención médica. Algunos ejemplos sobre cómo puede ayudar esta información son: garantizar que es seguro administrar juntos los medicamentos que toma, coordinar los servicios de atención médica que recibe y asegurar que esta lo ayude a mantenerse sano y bien.

### ¿Qué información de salud se puede compartir?

Se compartirá su información general de salud física y mental con los proveedores, planes médicos u otras entidades que usted haya indicado. Esto podría incluir cualquier información contenida en su historia clínica, por ejemplo, las notas de su proveedor, una lista de sus medicamentos, los resultados de los exámenes o los análisis de laboratorio. Esto no incluirá las notas de su proveedor de salud conductual generadas durante una sesión de asistencia psicológica privada.

**SI** su historia clínica contiene información relacionada con el VIH, necesitaremos su consentimiento adicional para divulgar tales registros. Podrá otorgar este consentimiento al firmar en la Sección 4, más abajo.

**SI** su historia clínica contiene información sobre el tratamiento de drogas o alcohol y usted está de acuerdo con que se comparta tal información, deberá completar otro consentimiento que le debe brindar su proveedor.

### ¿Cuánto tiempo dura el 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 y cuando su cobertura de seguro siga siendo la misma. Puede cancelarlo en cualquier momento. Esto no hará que se devuelva la información que ya se había compartido, pero evitará que se siga compartiendo su información de salud cuando se requiera de su permiso para hacerlo. Si desea cancelar su permiso, deberá escribir al plan médico que solicitó este formulario. Si por razones físicas usted no puede escribirnos, también podrá cancelar su permiso llamando al número de Servicios para los Miembros que figura en su tarjeta de identificación de atención administrada o en su manual para miembros.



## 1. Información sobre el miembro

Nombre: \_\_\_\_\_  
(apellido, primer y segundo nombre)

Identificación de MA o del seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:   
(mm/dd/aaaa) (sin guiones)

Dirección: \_\_\_\_\_

## 2. ¿Quién puede divulgar mi información de salud?

Acepto que mi plan de seguro de salud física pueda compartir mi información de salud.  Sí  No

Nombre del plan de seguro de salud física: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
(sin guiones)

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que mi plan de seguro de salud conductual pueda compartir mi información de salud.  Sí  No

Nombre del plan de seguro de salud conductual: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
(sin guiones)

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que mi médico de atención primaria (PCP) pueda compartir mi información de salud.  Sí  No

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
(sin guiones)

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que mi proveedor de atención de salud conductual pueda compartir mi información de salud.  Sí  No

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
(sin guiones)

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que "otro" pueda compartir mi información de salud (especifique "otro", Bienestar Infantil, justicia juvenil, etc.).  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
(sin guiones)

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que los proveedores de salud conductual y física enumerados a continuación (si tiene más de un proveedor de salud física o conductual) puedan compartir mi información de salud.  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
(no dashes)

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
(no dashes)

Dirección: \_\_\_\_\_



**3. ¿Quién puede recibir mi información de salud?**

Acepto que mi información de salud se pueda compartir con mi plan de seguro de salud física.  Sí  No

Nombre del plan de seguro de salud física: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
*(sin guiones)*

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que mi información de salud se pueda compartir con mi plan de seguro de salud conductual.  Sí  No

Nombre del plan de seguro de salud conductual: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
*(sin guiones)*

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que mi información de salud se pueda compartir con mi médico de atención primaria (PCP).  Sí  No

Nombre del PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
*(sin guiones)*

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que mi información de salud se pueda compartir con mi proveedor de atención de salud conductual.  Sí  No

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
*(sin guiones)*

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que mi información de salud se pueda compartir con "otro" (especifique "otro", Bienestar Infantil, justicia juvenil, etc.).  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
*(sin guiones)*

Dirección: \_\_\_\_\_

Acepto que los proveedores de salud conductual y física enumerados a continuación (si tiene más de un proveedor de salud física o conductual) puedan compartir mi información de salud.  Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
*(no dashes)*

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono:   
*(no dashes)*

Dirección: \_\_\_\_\_

**Acepto que mi plan de salud física y mi plan de salud conductual puedan compartir mi información de salud entre sí.**  Sí  No



#### 4 . Firma del miembro

- La firma de esta autorización es voluntaria. Si usted firma este formulario, sus planes, proveedores y otros profesionales médicos, según se indican, no pueden negarle el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir los beneficios.
- El propósito de esta autorización es permitir que sus planes, proveedores u otros profesionales médicos, según se indican, administren y coordinen mejor su atención.
- Esta autorización caducará en un año a partir de la fecha en que firme este formulario.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario; en dicho caso ya no estará protegida por la ley federal o estatal.
- Esta autorización puede revocarse en cualquier momento, excepto en el caso de que el programa o la persona que realizará la divulgación ya haya contado con la autorización.
- Esta autorización no incluye el permiso para compartir información sobre el abuso de sustancias.
- Usted tiene derecho a una copia de esta autorización en su forma completa..

(Marque si corresponde) Deseo excluir la siguiente información de esta divulgación (describa la exclusión):

**Al firmar a continuación, reconozco haber leído y comprendido este formulario y doy mi permiso para compartir mi información de salud, según lo aquí descrito.**

\_\_\_\_\_  
*Marca o firma del miembro*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Marca o firma del padre, la madre o el tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el miembro*

**Si su historia clínica contiene información relacionada con el VIH, su firma a continuación indica que acepta que las entidades o personas nombradas en la Parte 3 pueden compartir esa información entre sí.**

\_\_\_\_\_  
*Marca o firma del miembro*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Marca o firma del padre, la madre o el tutor legal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Relación con el miembro*



### 5. Consentimiento verbal de un miembro que se encuentra físicamente imposibilitado para firmar

- Marque esta casilla para indicar el consentimiento verbal otorgado por un miembro que se encuentra físicamente imposibilitado de firmar.
- Marque esta casilla para indicar el consentimiento verbal otorgado por el padre, la madre o el tutor legal que se encuentra físicamente imposibilitado de firmar.

Nosotros, los abajo firmantes, somos testigos de que el miembro mencionado en la Parte 1 o que el padre, la madre o el tutor legal del miembro, comprenden la naturaleza y las implicaciones de esta autorización y de que otorgan su libre consentimiento verbal.

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo 1*

\_\_\_\_\_  
*Firma del testigo 2*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*

Fecha: (mm/dd/yyyy)

Fecha: (mm/dd/yyyy)

### 6. Copia del consentimiento

- Marque esta casilla si desea recibir una copia de este consentimiento.

*Para ser completado por el miembro del personal tras llenar el formulario si se firmó en una reunión en persona*

The Member:  
*El miembro:*

Accepted  
*Aceptó*

Declined a completed copy of this form.  
*Rechazó recibir una copia completa de este formulario.*

\_\_\_\_\_  
*Signature of staff member obtaining consent / Firma del miembro del personal que obtiene el consentimiento*