

Autorización para usar y divulgar información de salud protegida (PHI)

Entidad de Magellan: Magellan of Nevada, Inc.
Dirección: P.O. Box 95994
Ciudad, Estado, Código postal: Las Vegas, NV 89193-5994

Se denomina información de salud protegida (PHI) a la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes establecen que no podemos dar su PHI a nadie que no sean sus médicos o la División de Servicios para Niños y Familias de Nevada, a menos que usted lo autorice. Al firmar este documento, usted nos da su autorización. Solo entregaremos la PHI que usted nos diga que podemos compartir. Además, solo la divulgaremos a las personas o agencias que usted indique. ¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarlo. Llámenos al (833) 396-4310.

1 Miembro	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento	
	Número de identificación de su tarjeta de Id.				Número de teléfono	
	Dirección		Ciudad		Estado	Código postal
Marque UNO: <input type="checkbox"/> Soy el miembro – O -- <input type="checkbox"/> Tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona. (Marque abajo; si es "otro", complete el espacio en blanco) Soy su: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro _____						
2 ¿Quién puede divulgar la PHI?	Magellan Health, Inc. puede divulgar su PHI. Magellan Health, Inc. administra su salud mental y/o su tratamiento por drogas y alcohol para la División de Servicios para Niños y Familias de Nevada .					
3 ¿A quién se le puede entregar la PHI?	Nombre (la persona, o clase de personas como "miembros de la familia que viven conmigo")			Organización (si corresponde)		
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono	

<p>4</p> <p>¿Qué PHI podemos compartir?</p>	<p>Compartiremos únicamente la PHI que usted autorice. Esta autorización incluye información acerca de sus medicamentos. También incluye información sobre su salud mental y/o el tratamiento por drogas y alcohol que pueda estar en su expediente. No cubre notas de psicoterapia que no están en sus archivos médicos. Por favor, sea específico y díganos cuál es la información de salud de sus expedientes que se puede compartir. Proporcione las fechas y los lugares de servicio para la información que solicita que se divulgue.</p>
<p>5</p> <p>¿Cuál es el propósito de la divulgación?</p>	<p>*Indique por qué desea que compartamos su PHI.</p>
<p>6</p> <p>¿Cuándo finaliza esta autorización?</p>	<p>Su autorización terminará cuando usted nos informe tal cosa. Díganos cuándo desea que finalice su autorización:</p> <p>*Marque uno:</p> <p><input type="radio"/> Mi autorización finaliza el: _____ (Nota: No puede ser más de un año después de su autorización). --O--</p> <p><input type="radio"/> Mi autorización termina cuando: _____ (Puede ser algo como, por ejemplo, "pueden compartir mis expedientes médicos solamente en esta ocasión" y debe ser dentro de un año a partir de la fecha de la firma de este formulario).</p> <p>Si no indica cuándo finaliza su autorización, entonces su autorización finalizará en el término de un año a partir de su firma del formulario. Después de un año, necesitaremos una nueva autorización.</p>
<p>7</p> <p>Sus derechos y Datos importantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar su autorización es su decisión. No está obligado a compartir su información. • No tiene que autorizar este documento. Continuará recibiendo los beneficios y tratamientos. • Puede revocar su autorización. Debe comunicarnos esto por escrito. Envíelo por correo a la dirección que figura en la Sección 10 más adelante. • ¿Qué ocurre si usted retira su autorización? Si lo hace, esto no revocará la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, no seguiremos compartiendo su PHI. • Si compartimos su PHI con las personas u organizaciones que usted nombró, ellos podrán compartirla con otros. No todos tienen que cumplir las reglas de privacidad. • Usted tiene derecho a obtener una copia de esta autorización firmada. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número de teléfono que figura en la Sección 10 a continuación. • Si no entiende algo de este formulario, o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame al número de teléfono que figura en la Sección 10 a continuación.

SE DEBE FIRMAR Y AGREGAR LA FECHA EN LA SECCIÓN 8 O 9 QUE APARECE A CONTINUACIÓN.

<p>8</p> <p>Firma del miembro:</p>	<p>Doy mi autorización para que se comparta la información incluida en este documento.</p> <p>Firma o marca (requerido):</p> <p>_____</p>	<p>Fecha (obligatorio):</p> <p>_____</p>				
<p>9</p> <p>Firma del representante autorizado</p>	<p>Representante autorizado significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. Si el miembro es menor de 18 años de edad, su padre/madre o tutor deberán firmar en su nombre, donde lo permita la ley estatal.</p> <p>Fecha (obligatorio):</p> <p>_____ Fecha (obligatorio): _____</p> <p>Nombre en letra de imprenta: _____ Número de teléfono: _____</p> <p>Infórmenos su prueba legal para actual en nombre de esta persona. Podemos solicitar que nos envíe un comprobante.</p> <p>_____</p>					
<p>10</p> <p>A dónde enviar este formulario y hacer preguntas (SOLO PARA USO DE MAGELLAN)</p>	<p>Después de completar y firmar este formulario, envíenoslo a la dirección a continuación. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, las maneras de ponerse en contacto con nosotros figuran abajo. Usted debería recibir una copia de este formulario. Recuerde, PHI significa cualquier tipo de información sobre su salud, ya sea pasada, presente o futura. También incluye información como su dirección y fecha de nacimiento. En el Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR), §160.103, se encuentra una definición completa de la PHI.</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="334 1451 883 1640"> <p>Dirección postal</p> <p>P.O. Box 95994, Las Vegas, NV 89193-5994</p> </td> <td data-bbox="883 1451 1554 1640"> <p>Dirección de correo electrónico</p> <p>NVCMEAUD@magellanhealth.com</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="334 1640 1554 1703"> <p>Número de teléfono: (833) 396-4310</p> </td> </tr> </table>		<p>Dirección postal</p> <p>P.O. Box 95994, Las Vegas, NV 89193-5994</p>	<p>Dirección de correo electrónico</p> <p>NVCMEAUD@magellanhealth.com</p>	<p>Número de teléfono: (833) 396-4310</p>	
<p>Dirección postal</p> <p>P.O. Box 95994, Las Vegas, NV 89193-5994</p>	<p>Dirección de correo electrónico</p> <p>NVCMEAUD@magellanhealth.com</p>					
<p>Número de teléfono: (833) 396-4310</p>						

AVISO AL RECEPTOR DE LA INFORMACIÓN

Este expediente que se le ha divulgado está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de este registro a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando en este registro o esté permitida de otra forma por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (consulte §2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto como se indica en §§2.12(c)(5) y 2.65.