

Consentimiento para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Este documento debe usarse para dar su consentimiento a _____, ("Magellan") para que podamos compartir su *información de salud protegida (Protected Health Information, PHI)* con alguna otra persona u organización. PHI significa información sobre su salud. Existen leyes que protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes dicen que no podemos dar su PHI a nadie más que a su médico actual y Magellan se encarga de su salud mental y de su trastorno por consumo de sustancias en lugar de ellos) a menos que usted diga que está bien. ***Al llenar y firmar este documento, usted dice que está bien que Magellan proporcione la PHI que usted nos dice que podemos compartir.*** ¿Tiene preguntas? Podemos ayudarle. Llámenos al _____.

- **Debe completar TODAS las secciones de este documento**
- Si alguna sección se deja en blanco, no se aceptará este documento y no se compartirá su PHI.

1 OBLIGATORIO	INFORMACIÓN DEL MIEMBRO					
	Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
	Nombre del plan de salud			N.º de miembro de su tarjeta de identificación del plan de salud		
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
Por favor, marque UNO de los siguientes: ___ Soy el miembro (firme abajo en la Sección 7) ___ Tengo el derecho legal de actuar en nombre de esta persona porque soy su: (Por favor, marque una opción) padre O tutor U otro (firme a continuación en la Sección 8)						

2	A QUIÉN SE LE PUEDE DAR SU PHI				
OBLIGATORIO	Nota para los datos sobre trastornos por consumo de sustancias: Si quiere que este sea un consentimiento que da una sola vez para todos los usos y divulgaciones futuros para tratamiento, pago y operaciones de atención médica, puede decir "mis proveedores tratantes, planes de salud, terceros pagadores y personas que ayudan a administrar mi atención o beneficios" o algo parecido). Por favor, marque aquí si desea que esto se aplique a todos los usos y divulgaciones futuros para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica solo para información sobre trastornos por uso de sustancias. Después de verificar aquí, díganos a continuación quién desea que reciba la PHI para trastornos por uso de sustancias.				
	Nombre (puede ser una persona O un grupo específico de personas como "hospitales de desintoxicación en Ohio").				
	Organización o Entidad (si no es una persona)				
	Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

3	RAZÓN POR LA QUE DESEA QUE COMPARTAMOS SU PHI				
OBLIGATORIO	Nota para la información sobre trastornos por consumo de sustancias: decir " <i>Para tratamiento, pago y operaciones de atención médica</i> " está bien cuando nos está dando su consentimiento una vez para todos los usos o divulgaciones futuros de ese tipo.				
	Díganos por qué desea que compartamos su PHI. Necesitamos saber la razón. Ejemplos podrían ser "para que las personas trabajen juntas en mi atención" o "para que me ayude con mi apelación" o "para mi caso en la corte" o "para compartir mi historial de reclamos".				

4	OBLIGATORIO	COMPARTA ESTA PHI SOBRE MÍ (marque una o más opciones)		
		Solo compartiremos la PHI que usted acepte. Este consentimiento incluye los datos de que disponemos sobre la atención que recibe(n) para su salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias, incluidos los medicamentos. No cubre las notas de psicoterapia que no están en sus registros médicos. Marque la(s) casilla(s) para informarnos la información exacta sobre salud mental y/o trastorno por uso de sustancias de sus registros que podemos compartir.		
		<input type="checkbox"/>	Información de reclamos	Incluye información relacionada con el pago de Magellan de reclamaciones por servicios recibidos, incluida la información ubicada en un formulario de reclamación (es decir, monto facturado, descripciones generales de procedimientos, razones de denegación, etc.)
		<input type="checkbox"/>	Información sobre la determinación de beneficios	Incluye información relacionada con las decisiones de beneficios previos al servicio, concurrentes y posteriores al servicio tomadas por Magellan
		<input type="checkbox"/>	Registro del miembro completo	Estos serán todos los datos que Magellan tiene sobre usted en nuestro sistema
		<input type="checkbox"/>	Otro; por favor, díganos de una manera muy específica	Por ejemplo: detalles sobre su apelación, o datos sobre su historial de servicios anteriores, o PHI sobre su atención actual.

5	OBLIGATORIO	¿CUÁNDO TERMINARÁ SU CONSENTIMIENTO?	
		Su aprobación terminará cuando nos lo diga. Necesitamos que nos diga una fecha o evento en el que termine su consentimiento. Por favor, marque una opción:	
		<input type="checkbox"/>	Mi consentimiento termina un año a partir de la fecha en que firmo a continuación
		<input type="checkbox"/>	Mi consentimiento termina en esta fecha: Nota: No puede ser más de un año a partir de la fecha en que firme a continuación.
		<input type="checkbox"/>	Mi consentimiento termina cuando sucede esto: (Puede ser algo así como "cuando se termine mi apelación", pero debe suceder dentro de 1 año)
		Si no se selecciona una opción o el final de su consentimiento que se enumera en esta Sección es dentro de más de un año, su consentimiento terminará en un año a partir de la fecha en que se firme este formulario.	

6	SUS DERECHOS Y DATOS IMPORTANTES
	<ul style="list-style-type: none"> • Dar su consentimiento depende de usted. No tiene que compartir su información. • No tiene que aprobar este documento. De todos modos, recibirá beneficios y tratamiento. • Puede retirar su aprobación. Debe comunicárnoslo por escrito. Envíelo por correo a la dirección que se indica en la Sección 9 a continuación. Esto no recuperará la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, no compartiremos más de su PHI. • Si compartimos su PHI con las personas u organizaciones que usted nombró, es posible que la compartan con otras personas. No todo el mundo tiene que seguir las reglas de privacidad. • Debe guardar una copia de este consentimiento firmado. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número de teléfono que aparece en la Sección 9 a continuación y le enviaremos una copia. • Si no entiende algo de lo que se dice en este formulario o si tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame al número de teléfono que se indica en la Sección 9 a continuación. • Para datos sobre trastornos por consumo de sustancias: Si la persona o grupo mencionado en la sección 2 anterior es una entidad cubierta o un asociado comercial y obtiene su información por razones de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, su información puede ser compartida nuevamente por ellos siempre y cuando sigan los permisos de las regulaciones de HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra.

7	FIRMA DEL MIEMBRO	
OBLIGATORIO	Doy mi aprobación para compartir la información enumerada con la persona u organización enumerada en este documento. Si no firma, no podemos aceptar este documento. En algunos estados, los niños con edad suficiente son los que tienen que firmar para que podamos compartir su PHI sobre salud mental y trastornos por consumo de sustancias.	
	Firma o marca (*OBLIGATORIO*)	
	Fecha (*OBLIGATORIO*)	

8	FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO	
	Representante personal autorizado significa que usted tiene prueba fehaciente de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el representante personal autorizado no firma, no podemos aceptar este documento.	
	Firma (*OBLIGATORIO*)	
	Nombre en letra de imprenta (*OBLIGATORIO*)	
	Fecha (*OBLIGATORIO*)	
	Por favor, indíquenos su prueba legal para actuar en nombre de esta persona. Es posible que le pidamos que nos envíe una prueba. (*OBLIGATORIO*)	
OBLIGATORIO (si corresponde)		

9 A DÓNDE ENVIAR ESTE DOCUMENTO Y HACER PREGUNTAS	
Después de llenar y firmar este documento, envíenoslo de una de las maneras que se indican a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, puede utilizar cualquiera de estas formas para comunicarse con nosotros. Recuerde que PHI significa información sobre su salud en el pasado, presente o futuro. También incluye datos como su dirección y fecha de nacimiento. Una definición completa de PHI se encuentra en 45 CFR 160.103	
Dirección postal (preferido)	Número de teléfono
	Número de fax (preferido)
Dirección de correo electrónico (no preferido; el correo electrónico puede no ser un método seguro)	

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Este registro que se le ha divulgado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Estas reglas le prohíben usar o divulgar este registro, o una declaración testimonial que describa la información contenida en este registro, en cualquier proceso civil, penal, administrativo o legislativo iniciado por cualquier autoridad federal, estatal o local contra el paciente, a menos que esté autorizado por el consentimiento del paciente, excepto lo dispuesto en 42 CFR 2.12 (c) (5) o lo autorizado por un tribunal de acuerdo con 42 CFR 2.64 o 2.65. Además, las normas federales le prohíben hacer cualquier otro uso o divulgación de este registro excepto que se cumpla por lo menos una de las siguientes condiciones:

- (i) El uso o divulgación posterior está expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona física cuya información se divulga en este registro o según lo permitido por 42 CFR parte 2.
- (ii) Usted es una entidad cubierta o un socio comercial y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o
- (iii) Ha recibido el registro de una entidad cubierta o socio comercial según lo permitido por 45 CFR parte 164, subpartes A y E.

INSTRUCCIONES

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE QUE TODAS LAS SECCIONES DEL FORMULARIO ESTÉN COMPLETAS O SE LE DEVOLVERÁ EL FORMULARIO YA QUE NO PODREMOS COMPLETAR LA SOLICITUD

Sección 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Esta es información sobre el paciente cuya Información médica protegida (PHI) se utilizará o divulgará. Por favor, escriba en letra de imprenta:

- nombre del paciente;
- dirección; y
- fecha de nacimiento

Incluya también el nombre del plan de salud del paciente y el número de identificación del paciente/miembro de su tarjeta de identificación.

En el campo debajo de la sección de Información al Paciente "*Autorizo el uso o la divulgación de la PHI sobre la persona nombrada más arriba,*" Marque una (1) opción para:

- identificar que la persona que completa el formulario es la persona (paciente) que figura en la Sección 1, **O**
- un representante personal (*si es necesario, consulte la Sección 8 para leer la definición de representante personal*) del paciente mencionado en la sección 1.

Sección 2. A QUIÉN SE LE PUEDE DIVULGAR LA PHI

Esta sección identifica a la persona u organización que recibirá u obtendrá la PHI de la persona mencionada en la Sección 1- Agregue el nombre O la organización que desea recibir su PHI.

- Esta información ayudará a limitar la divulgación de la PHI solo a la persona u organización indicada.

Si usted tilda el casillero, esta sección permite que exista un único consentimiento escrito para todas las divulgaciones futuras para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica solo para información sobre trastorno por consumo de sustancias.

- Si elige tildar este casillero, describa al destinatario de la PHI como "mis proveedores tratantes, planes de salud, terceros pagadores y personas que ayudan a administrar mi atención o beneficios" o una declaración similar.

Sección 3. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE LA PHI

Esta sección nos explica por qué desea compartir su información. Indique la razón por la que se divulga la PHI. Si la divulgación de esta información es iniciada por usted, el paciente, puede indicar "A pedido de la persona física" si no desea proporcionar una razón específica. Si no se proporciona ninguna razón para compartir la PHI, el formulario se devolverá por ser deficiente.

Sección 4. DIVULGUE ESTA PHI ACERCA MÍO (marque una o más opciones)

Esta sección nos indica el tipo de información (PHI) que debemos divulgar. Especifique el tipo de información que solicita que se divulgue:

- Seleccione una de las cuatro (4) opciones enumeradas.
- Si selecciona "*Otro*" asegúrese de proporcionar una explicación de la PHI que desea que se divulgue. Si no se proporciona una explicación, no sabremos qué compartir y el formulario se devolverá por ser deficiente.

Sección 5. VENCIMIENTO

Esta sección nos indica cuándo dejar de divulgar la PHI solicitada. Elija una (1) sola opción para informarnos cuándo desea que venza su autorización.

- Si elige una *fecha de vencimiento*- Debe ser una fecha válida (mes, fecha y año) y no debe ser más de un año después de la fecha en que se completó el formulario.
- Si elige un *hecho que indica el vencimiento* - Debe estar relacionado con el propósito de la divulgación y debe ocurrir dentro de 1 año contado a partir de la fecha en que se firma el formulario de autorización.
 - Al elegir una fecha de vencimiento O un hecho, esto limita el período de tiempo durante el cual se puede divulgar su PHI.
- Si no se selecciona ninguna de las tres opciones, la autorización vencerá un año contado a partir de la fecha firmada en las Secciones 7 u 8, según corresponda.

Sección 6. SUS DERECHOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE

Esta sección proporciona sus derechos. Por favor, lea esta sección en su totalidad, ya que explica sus derechos y otra información importante.

Sección 7. FIRMA DEL PACIENTE

Aquí deberá firmar con su nombre y proporcionar la fecha en que firmó el formulario.

- Su PHI no puede ser divulgada si usted no **firma Y fecha** el formulario.
- Recuerde, en muchos estados los menores que cumplieron determinada edad pueden tener el control del acceso a la información sobre sus servicios de salud mental y/o de trastornos de consumo de sustancias. En estos casos, el propio menor tendría que firmar el formulario de autorización.

Sección 8. FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO

Esta sección nos indica quién es la persona que puede actuar en su nombre. Si corresponde, haga que el representante personal firme en esta sección.

- El representante personal autorizado tiene la facultad legal para actuar en nombre del paciente.
- **Proporcione documentación que demuestre la facultad legal.**
 - Ejemplo: ■ Poder para el cuidado de la salud ■ Tutela

Sección 9. A DÓNDE DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO o DÓNDE PUEDE HACER PREGUNTAS

Esta sección proporciona información de contacto para saber a dónde enviar el formulario O a quién dirigir preguntas en caso de que las tenga.