

# Autorización para compartir información médica

[Imprimir]



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. Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir cierta PHI. Marque las casillas siguientes para la PHI que acepta compartir.** 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.

<input type="checkbox"/> Información genética	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar
<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias o alcohol	<input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas
<input type="checkbox"/> Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado)	<input type="checkbox"/> Información que nos pidió tratar de manera confidencial

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

<ul style="list-style-type: none"><li>• El reclamo relacionado con mi servicio con fecha [date].</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Información de apelación relacionada con mi reclamo con fecha [date].</li></ul>
--	---

Describa la información que desea que compartamos:

## Autorización para compartir información médica

### 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)**

## Autorización para compartir información médica

### 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.



## La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas o las trata de modo diferentes por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

AmeriHealth Caritas Florida:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos (sin costo), 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 (sin costo) 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 lo ha discriminado de alguna otra manera, usted o su representante autorizado (si contamos con su autorización escrita en nuestros archivos) puede presentar una queja formal ante:

- Grievance and Appeals, P.O. Box 7368, London, KY 40742. Teléfono: **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.

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.