

# Autorización para compartir información médica

Escriba en letra de molde clara con tinta azul o negra.

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida ("PHI") cuando las leyes federales y estatales sobre privacidad requieren su autorización. Su autorización permite que AmeriHealth Caritas New Hampshire 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 New Hampshire. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento contactando a AmeriHealth Caritas New Hampshire. Llame a Servicios al Miembro al **1-833 704-1177 (TTY 1-855-534-6730)** para obtener más información.

## Parte A. Información del miembro (persona cuya PHI será compartida)

Nombre del miembro:		Inicial del segundo nombre:	
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Domicilio del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del miembro:		Número de teléfono durante el día (con código de área):	
Correo electrónico del miembro:			

## Parte B. Destinatario (la persona u organización que recibirá su PHI). Use la página 4 para más destinatarios.

La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:

¿Desea que la siguiente persona u organización comparta también su PHI con nosotros?  Sí  No

Nombre:		Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono (con código de área):			
Relación con el miembro en la Parte A:			
Correo electrónico del destinatario:			

## Parte C. Descripción de la PHI a compartir

Indíquenos qué tipo de PHI se puede compartir. Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe marcar una casilla como mínimo. Nota: Las leyes estatales y federales permiten que se comparta parte de la PHI sin su autorización.

- Registros de afecciones no sensibles.** Toda la PHI relacionada con mi salud y la prestación y el pago de mis beneficios y servicios de atención médicas, **excepto las afecciones sensibles que se indican a continuación.** Nota: La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.
- Registros de afecciones sensibles.** Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir PHI sensible. Marque las casillas siguientes para la PHI sensible 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" en la página 2.
- |  |  |
|--|--|
| <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"/> Diagnóstico del Departamento Correccional |



**Parte C. Descripción de la PHI a compartir (continuación)**

- Solo información limitada.** En el cuadro siguiente, describa la PHI que quiere que se comparta. Ejemplos:
- El reclamo relacionado con el servicio de [fecha]
  - Información de apelación relacionada con el reclamo que realicé en [fecha]

Describa la información que desea que compartamos:

**Parte D. Propósito de esta autorización**

**Esta autorización es válida para compartir la PHI para los siguientes propósitos. (Marque una o ambas casillas.)**

- Para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y/o pagar mis necesidades médicas

- 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 caducidad de esta autorización**

**Esta autorización expirará: Marque solo una casilla.**

- Deseo que la autorización expire un (1) año después de que finalice mi cobertura con AmeriHealth Caritas New Hampshire. (Ver información a continuación.)<sup>†</sup>

- En la fecha, evento o condición siguiente:<sup>†</sup>

<sup>†</sup>AmeriHealth Caritas New Hampshire debe ser notificado del evento o la condición para cancelar esta autorización. 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.

**Parte F. Aprobación: Usted O su representante personal deben firmar y fechar este formulario para que se procese.**

Entiendo que firmar esta autorización para compartir mi PHI es voluntario y no es una condición para la inscripción en AmeriHealth Caritas New Hampshire, la elegibilidad para recibir beneficios o el pago de reclamos. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas New Hampshire 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 si deseo que esas personas u organizaciones dejen de compartir mi PHI. También entiendo que, si la persona u organización a la que autorizo recibir mi PHI descrita anteriormente no está sujeta a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica, esta luego puede compartir mi PHI y que ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. También entiendo que mi representante personal o yo tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y revisar la PHI que se pueda compartir por 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 que se describe anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del miembro. Una copia de un poder notarial u otros documentos legales de atención médica deben estar archivados en AmeriHealth Caritas New Hampshire o presentarse con este formulario.)**

Nombre en letra 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 completo a: Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092 Número de fax: <b>1-833-214-2242</b> (sin cargo)	

**Anexo de la autorización para compartir información médica**

**Consentimiento verbal**

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro identificado en la Parte 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.

Razón por la que el miembro no puede firmar:

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 (explique):

Nombre del testigo en letra de molde:	Nombre del testigo en letra de molde:
Firma del testigo:	Firma del testigo:
Fecha:	Fecha:

\*Los registros sobre el consumo de sustancias relacionados con el diagnóstico, el tratamiento o la derivación para recibir tratamiento en un programa con asistencia federal no pueden compartirse sin su permiso por escrito, a menos que así lo permita la ley. Una vez que usted dé su permiso (al completar y firmar este formulario), su información podrá compartirse con las personas u organizaciones que haya nombrado en este formulario, pero estas no podrán volver a compartirla con nadie más, a menos que lo permita la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.).



**Parte B. Destinatario (la persona u organización que recibirá su PHI)**

La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:

**¿Desea que la siguiente persona u organización comparta también su PHI con nosotros?**  Sí  No

Nombre:	Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono (con código de área):		
Relación con el miembro en la Parte A:		
Correo electrónico del destinatario:		

**Parte B. Destinatario (la persona u organización que recibirá su PHI)**

La siguiente persona u organización tienen derecho a recibir mi PHI:

**¿Desea que la siguiente persona u organización también compartan su PHI con nosotros?**  Sí  No

Nombre:	Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono (con código de área):		
Relación con el miembro en la Parte A:		
Correo electrónico del destinatario:		

**Parte B. Destinatario (la persona u organización que recibirá su PHI)**

La siguiente persona u organización tienen derecho a recibir mi PHI:

**¿Desea que la siguiente persona u organización también compartan su PHI con nosotros?**  Sí  No

Nombre:	Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono (con código de área):		
Relación con el miembro en la Parte A:		
Correo electrónico del destinatario:		