



Autorización de uso y divulgación de información médica protegida

Utilice este formulario para autorizar a Health Partners Plans a usar su información médica o divulgarla a otra persona u organización.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Parte 1: información del miembro. En esta sección se debe mencionar al miembro de Health Partners Plans (HPP) cuya información médica se compartirá o divulgará a la persona/organización autorizada. Escriba en letra de molde el nombre, la fecha de nacimiento, la dirección archivada, el número de teléfono y el número de identificación del miembro.

Parte 2: persona o empresa que recibirá la información. En esta sección se debe mencionar el nombre de la persona/organización que se comunicará con Health Partners Plans para hablar sobre la información médica del miembro. Se debe completar un **formulario por separado** para cada persona u organización. Le recomendamos que haga copias del formulario en blanco para poder usarlo las veces que desee.

Parte 3: información que se puede proporcionar. En esta sección se debe indicar la información médica que Health Partners Plans puede compartir o divulgar a la persona/organización autorizada.

Parte 4: finalidad con la que se proporciona o divulga la información. En esta sección se incluye el motivo por el cual usted solicitó que se proporcione su información médica.

Parte 5: fecha de vencimiento de la aprobación. Se debe indicar una fecha o un acontecimiento específico que señale la fecha de vencimiento de la autorización (por ejemplo, 01/15/2017, enero de 2020 o una declaración del tipo "cuando deje de ser miembro"). Si no se proporciona una fecha ni un acontecimiento determinado, se devolverá el formulario.

Parte 6: revisión y aprobación. Se necesita la firma del *miembro*. Si el miembro no puede firmar el formulario, un representante personal o legal puede hacerlo en su nombre. Se corroborará la autenticidad de los padres o tutores de menores usando información del estado. Un representante personal, como un albacea o una persona con poder notarial, puede firmar con su nombre en el lugar donde debería firmar el miembro. Los documentos legales que autoricen al representante personal a actuar en nombre del miembro **DEBEN** adjuntarse o estar archivados en HPP; de lo contrario, la firma del representante personal no tendrá validez y este formulario **NO** se procesará.

Complete TODAS las secciones. Si este formulario no está completo, Health Partners Plans lo devolverá y no aprobará la solicitud hasta que haya recibido el formulario completo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

ENVÍE LOS FORMULARIOS A LA DIRECCIÓN O AL NÚMERO DE FAX QUE FIGURAN A CONTINUACIÓN.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono del Departamento de Servicios para los Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o envíe una carta a la siguiente dirección:

**Health Partners Plans
HIPAA Privacy Services
901 Market Street, Suite 500
Philadelphia, PA 19107
o
Por fax al: 267-515-6666**

Guarde una copia de esta autorización y de las instrucciones para sus registros.

Autorización de uso y divulgación de información médica protegida

1. Persona cuya información se divulgará (el "miembro").	
Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad/Código postal:
N.º de identificación del miembro:	Teléfono: ()
2. Persona/organización autorizada para recibir la información del miembro (el "destinatario").	
Nombre del destinatario o de la organización:	Relación con el miembro:
Dirección:	Teléfono: ()
3. Información médica que Health Partners Plans puede proporcionar (Marque todas las casillas que correspondan).	
<input type="checkbox"/> Toda mi información médica protegida (en calidad de miembro)	
<input type="checkbox"/> Información sobre beneficios solamente (información sobre copagos, farmacia, elegibilidad/cobertura)	
<input type="checkbox"/> Información sobre la coordinación de la atención médica solamente (por ejemplo, información sobre atención médica y control, trabajadores sociales o tratamiento de enfermedades)	
<input type="checkbox"/> Notas de psicoterapia. Si marca esta casilla, no podrá marcar ninguna otra en esta sección. Una autorización para proporcionar notas de psicoterapia no puede combinarse con una autorización para divulgar ningún otro tipo de información.	
<input type="checkbox"/> Instrucciones especiales: _____	
<p>* NOTA: De acuerdo con lo estipulado por las leyes federales y estatales, debe otorgar un permiso específico para que se divulgue la siguiente información, incluso si marcó alguna de las casillas anteriores. Indique que otorga permiso a Health Partners Plans para divulgar la siguiente información; escriba sus iniciales en las opciones que correspondan.</p> <p style="text-align: center;">Información genética _____ (iniciales) VIH/SIDA _____ (iniciales) Alcoholismo/Drogadicción _____ (iniciales) Salud mental/Salud conductual _____ (iniciales)</p>	
4. Finalidad del uso o de la divulgación de la información solicitados	
<input type="checkbox"/> Hablar sobre mi información médica en persona, por escrito o por teléfono	
<input type="checkbox"/> Hablar sobre mi información médica y modificarla (por ejemplo, si se cambia el médico de atención primaria)	
<input type="checkbox"/> Otra finalidad/Finalidad particular: _____	
5. Fecha de vencimiento y anulación	
La autorización vencerá el ___/___/___ (mes/día/año) O luego de que ocurra el siguiente acontecimiento (por ejemplo, "cuando deje de ser miembro"). _____	
6. Firma	
Al firmar más abajo, entiendo que estoy dando mi autorización para usar/divulgar mi información médica; también entiendo lo siguiente:	
A. Mi autorización es voluntaria y no es una condición de inscripción, elegibilidad ni pago de reclamaciones.	
B. Si las personas o la organización autorizadas anteriormente mencionadas no están sujetas a leyes federales o estatales de privacidad de la información médica, pueden seguir divulgando mi información médica y esta dejará de estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad.	
C. Puedo anular/cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso por escrito a Health Partners Plans o presentando un formulario de anulación. Sin embargo, entiendo que cualquier anulación/cancelación de esta autorización no afectará las medidas que Health Partners Plans haya tomado antes de haber recibido mi anulación firmada.	
NOMBRE DEL MIEMBRO O DEL REPRESENTANTE PERSONAL	
He leído y entiendo la información mencionada anteriormente.	
Nombre del miembro o del representante personal: _____	
Firma: _____	
Fecha: _____	
Si usted es representante personal, indique cuál es su relación con el miembro: _____	
<i>Tenga en cuenta lo siguiente: para que esta solicitud se considere completa, se le pedirá que proporcione, si aún no lo hizo, documentación que valide la autoridad del representante personal, como una copia del poder notarial de atención médica, general o duradero. Si quien realiza esta solicitud es un padre/tutor, complete lo siguiente: El miembro/participante es un menor de ___ años. Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, para que se la considere completa, posiblemente solicitemos información adicional, como una orden judicial, documentación que valide la custodia u otros documentos legales que validen la autoridad del representante legal para actuar en nombre del miembro.</i>	

AVISO PARA DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL (sección 3 anterior): La información que se le proporciona en relación con determinadas afecciones, como el tratamiento en caso de alcoholismo o drogadicción, VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, salud conductual y marcadores genéticos, está protegida por diversas leyes federales y estatales que prohíben cualquier otra divulgación de esta información, a menos que obtenga un consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece dicha información o que, de otra manera, esté permitido por la Parte 2 del Título 42 del CFR. Cualquier otra divulgación no autorizada que infrinja las leyes estatales o federales puede dar como resultado una multa, una pena de prisión o ambas. Una autorización general para proporcionar información médica o de otra índole **NO** es suficiente para este fin. Las normas federales conformes a la Parte 2 del Título 42 del CFR restringen el uso de la información para la investigación o el procesamiento penales de pacientes por motivo de alcoholismo o drogadicción.