

Autorización para divulgar información protegida de salud

Mi registro de salud es confidencial y, por ley, constituye información protegida de salud (o PHI).

Al completar y firmar este formulario, acepto (o mi representante legal acepta) permitirle a Meritain Health, a cualquiera de sus compañías matrices, subsidiarias y filiales, y a sus respectivos empleados, agentes y subcontratistas a compartir mi PHI con las personas o las compañías que se mencionan a continuación.

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN SE OTORGA DE MANERA VOLUNTARIA.

Envíe una autorización por separado por cada miembro del plan cuya información protegida de salud se solicite a Meritain Health que divulgue a un tercero. Si no se completan ambas carillas de este formulario conforme a lo solicitado, Meritain Health no podrá procesar su solicitud. Tenga en cuenta que se devolverán las solicitudes de autorización incompletas.

Escriba todas las respuestas en letra de imprenta.

1. Información del miembro			
Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de identificación	Número de grupo o nombre de grupo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de teléfono particular (incluido el código de área)
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

2. Información del empleado (Complete esta sección si el empleado no es el miembro cuyos registros se solicitan).			
Apellido	Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de identificación	Número de grupo o nombre de grupo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	N.º de teléfono particular (incluido el código de área)
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

3. Autorizo a las personas o compañías que se especifican a continuación a recibir PHI sobre el miembro identificado en la sección 1 más arriba.*			
Persona o compañía autorizadas a recibir PHI		N.º de teléfono particular (incluido el código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Persona o compañía autorizadas a recibir PHI		N.º de teléfono particular (incluido el código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Persona o compañía autorizadas a recibir PHI		N.º de teléfono particular (incluido el código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

4. Objetivos de esta autorización	
Solo deseo compartir la PHI que marqué en la lista que figura debajo. Esta autorización no puede utilizarse para compartir notas de psicoterapia. (Marque todo lo que corresponda).	
<input type="checkbox"/> Cualquier información solicitada. <input type="checkbox"/> Discapacidad. <input type="checkbox"/> Beneficios de seguro de vida. <input type="checkbox"/> Registros sobre el manejo de pacientes. <input type="checkbox"/> Estado de los reclamos. <input type="checkbox"/> Otra (explique). _____	<input type="checkbox"/> Salud (incluye información médica, dental, de farmacia, de la visión y de la cuenta de gastos flexibles). <input type="checkbox"/> Salud del comportamiento (por ejemplo, salud mental, tratamiento por abuso de drogas y alcohol; pero NO incluye notas de psicoterapia). <input type="checkbox"/> Atención a largo plazo. <input type="checkbox"/> Información de solicitudes o inscripciones. <input type="checkbox"/> Registros de reclamos.
Esta autorización será válida durante 1 año a partir de la fecha en que se firmó, a menos que se especifique un período más breve a continuación.	
MM/DD/AAAA	hasta MM/DD/AAAA

*** AVISO PARA LAS PERSONAS QUE RECIBEN LA INFORMACIÓN (sección 3 en la página 1):**

La información divulgada a usted sobre ciertas afecciones, como el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, el VIH o el sida y otras enfermedades de transmisión sexual, la salud del comportamiento y la información de marcador genético, está protegida por varias leyes federales y estatales que prohíben que usted divulgue esta información sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a la cual pertenece o según lo permitan dichas leyes. Toda otra divulgación no autorizada que infrinja la ley estatal o federal puede tener como resultado una multa o una condena de encarcelamiento, o ambas. Para divulgar estos tipos de información, NO basta con una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo. La norma federal estipulada en el título 42, parte 2, del Código de Reglamentaciones Federales restringe el uso de la información divulgada a los fines de investigar o procesar por un delito a un paciente que abusa del alcohol o de las drogas.

5. IMPORTANTE: Con su firma a continuación, usted manifiesta que entiende y acepta lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none">• La PHI que acepto compartir puede ser delicada. Puede incluir información de diagnóstico y tratamiento, como aquella relacionada con enfermedades crónicas, enfermedades de salud del comportamiento, abuso de sustancias o alcohol, enfermedades transmisibles, enfermedades de transmisión sexual, VIH o sida, o información de marcador genético.• Es posible que quien reciba mi PHI la comparta con otras personas. Eso significa que mi PHI podría dejar de estar protegida por las leyes estatales o federales sobre privacidad. Aviso para residentes de Oklahoma: Es posible que la sección 1-502.2 de las leyes de Oklahoma establezca otras protecciones si el tipo de información que se divulgará es sobre el VIH o sida, o sobre enfermedades de transmisión sexual.• Si la persona o la compañía especificadas en la sección 3 nos solicitan copias de reclamos y verificación de la información, es posible que cobremos una tarifa razonable (salvo donde esté prohibido por la ley) para costear los gastos por realizar las copias y el envío postal.• Puedo recibir una copia de este formulario de autorización firmado. Para ello, debo enviarle a Meritain Health una solicitud firmada a la dirección que figura al final de este formulario.• Su capacidad para inscribirse en un plan de Meritain Health y su elegibilidad para recibir beneficios y pago por los servicios no se verán afectadas si no firma este formulario. (Sin embargo, si no firma este documento, no se aceptará su solicitud para que se revele información a las personas especificadas en la sección 3).• Para recibir una copia de este formulario firmado, debe solicitarlo por escrito a la dirección que figura en la parte inferior de esta página.• Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando a Meritain Health por escrito, a la dirección que aparece más abajo. El hecho de revocar esta autorización no afectará las medidas que Meritain Health haya tomado antes de recibir mi solicitud.

6. Firma del miembro o de su representante legal			
ATENCIÓN:			
Se requiere mi firma si se aplica alguna de las siguientes condiciones:			
<ul style="list-style-type: none">• Tengo 18 años de edad o más.• Tengo menos de 18 años y estoy casado o emancipado.• La información que se divulga está relacionada con tratamientos por abuso de drogas o alcohol.• La información que se divulga está relacionada con una de las siguientes enfermedades, y el estado donde vivo me permite recibir tratamiento, incluso si mis padres o tutores legales no están de acuerdo con mi decisión:<ul style="list-style-type: none">- Salud mental.- Enfermedad de transmisión sexual (incluido el VIH y el sida).- Salud reproductiva (incluida la anticoncepción, la atención prenatal y el aborto).- Salud médica y dental en general.			
Firma	Fecha	Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta		Nombre en letra de imprenta	
Si la persona que firma esta autorización no es el miembro, describa la relación que tiene con el miembro (es decir, padre, madre, tutor legal, representante legal):			

Si el representante legal del miembro firma esta autorización, debe entregar el documento legal pertinente que lo autoriza a actuar en nombre del miembro (por ejemplo, un poder legal, un documento que certifique la tutela legal o un albacea de patrimonio).

Si presenta esta solicitud en nombre de un menor, es posible que le pidamos información adicional para que se considere que la solicitud está completa.

Envíe este formulario completo y la documentación relacionada, si fuera necesario, a la siguiente dirección:
Meritain Health
Attn: HIPAA Compliance Officer
PO Box 1671
Amherst, NY 14226-7671

También puede enviarlo por fax al siguiente número: 716.319.5589.
O por correo electrónico: PHIAuthorization@meritain.com.