

Consejos para completar el formulario de autorización para divulgar (compartir) su información de salud protegida

Usted puede autorizarnos a que compartamos información sobre su salud o beneficios del plan con otros. Para hacer esto, es necesario que complete el formulario de Autorización para divulgar información de salud.

Información importante sobre este formulario

Al firmar este formulario, usted nos permite que compartamos su información de salud protegida (PHI) con las personas u organizaciones que usted indique en este formulario. Al compartir su PHI, es posible que sea identificado por otros. A menos que la ley permita lo contrario, para que su PHI se pueda compartir con cualquier otra persona, usted debe dar su consentimiento.

Para autorizarnos a compartir su PHI, complete el formulario en su totalidad. Encontrará consejos útiles para completar este formulario en la siguiente página.

Cuando termine, envíenos de vuelta el formulario completado. Puede enviarlo por correo postal a:

Keystone First
Consent Processing Center
P.O. Box 7092
London, KY 40742-7092

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta o el formulario adjunto, podemos ayudar. Llame a Servicios al Miembro al **1-800-521-6860 (TTY 1-800-684-5505)**.

Consejos útiles para completar el formulario.

Complete toda la información que pueda.

Sección A

- Ingrese aquí la información del miembro.

Sección B

- Ingrese la información para la persona u organización que puede obtener la PHI del miembro.
- Si quiere que la persona u organizaciones que indica en esta sección también compartan su información con Keystone First, marque la casilla Sí. Debe marcar Sí o No.

Sección C

- Indíquenos qué tipo de información podemos compartir con otra(s) persona(s) u organizaciones enumerada(s) en la sección B. Tiene estas opciones:
 - Marque “Todo el registro” para pedimos que compartamos toda su información.
 - Marque “Registros especiales”, que otorga un permiso específico para compartir cierta PHI.
 - Marque “solo información limitada” y describa la información que quiere que se comparta.

Sección D

- Marque las casillas para indicar los motivos por los cuales quiere que se comparta su información.
- Debe marcar al menos 1 casilla.

Sección E

- Indíquenos cuándo quisiera que expire el formulario (que ya no esté vigente).
 - Marque la primera casilla para indicar que el formulario caduque 1 año después de que termine su cobertura con Keystone First.
 - Marque la segunda casilla y escriba una fecha o un evento.

Sección F

- Lea esta sección para comprender sus derechos sobre este formulario.
- Firme el formulario.
- El miembro, padre/madre/tutor o representante legal deberá firmar el formulario.
- Si usted es el representante legal, deberá entonces completar la información personal del representante y adjuntar los documentos legales.

Anexo de la autorización para divulgar de información médica

- Solo se deberá completar esta sección si el miembro está **físicamente incapacitado** para firmar el formulario.
- Dos testigos deberán firmar esta sección para indicar lo siguiente:
 - Se comunicó la información del formulario al miembro.
 - El miembro comprende la información del formulario.
 - El miembro dio libremente su consentimiento para que se comparta su PHI.

Autorización para compartir información médica



Keystone First

Coverage by Vista Health Plan,
an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

[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 Keystone First 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 Keystone First. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a Keystone First. Llame a Servicios al Miembro al 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505) para obtener más instrucciones.

Parte A. Información del miembro: (la persona cuya PHI será compartida)			
Nombre del miembro:		Inicial del segundo nombre:	
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Dirección del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del miembro:	Número de teléfono durante el día (incluir código de área):		

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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Solo información limitada. En el cuadro siguiente, describa la PHI que desea que compartamos. Ejemplos:	
<ul style="list-style-type: none">El reclamo relacionado con el servicio que recibí el [date].	<ul style="list-style-type: none">Información sobre la apelación relacionada con el reclamo que realicé el [date].
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 casilla).

Deseo que la autorización expire un (1) año después de que finalice mi cobertura con Keystone First. (Ver información a continuación)*

O

En la fecha, evento o condición siguientes*:

* Keystone First 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 el distrito de 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 Keystone First, 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 Keystone First 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 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 yo o mi representante personal tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y a revisar la PHI que puede ser compartida en virtud de 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. Keystone First debe tener archivada una copia de un poder notarial u otra documentación legal o debe ser entregada 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 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 en letra de molde:

Nombre del testigo en letra de molde:

Firma del testigo:

Firma del testigo:

Fecha: / /

Fecha: / /



Coverage by Vista Health Plan,
an independent licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Keystone First cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Keystone First no excluye a las personas ni las trata de modo diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, género, identidad o expresión de género u orientación sexual.

Keystone First proporciona a las personas con discapacidades asistencia y servicios gratuitos para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:

- intérpretes calificados en lenguaje de señas
- información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Keystone First proporciona servicios de idioma sin cargo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- intérpretes calificados
- información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con **Keystone First** al **1-800-521-6860** (TTY **1-800-684-5505**).

Si cree que **Keystone First** no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, género, identidad o expresión de género u orientación sexual usted puede presentar una queja dirigida a:

Keystone First,
Member Complaints Department,
Attention: Member Advocate,
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
Teléfono: **1-800-521-6860**, TTY **1-800-684-5505**,
Fax: **215-937-5367**, o
Correo electrónico:
PAmemberappeals@amerihealthcaritas.com

The Bureau of Equal Opportunity,
Room 223, Health and Welfare Building,
P.O. Box 2675,
Harrisburg, PA 17105-2675,
Teléfono: **(717) 787-1127**,
TTY/retransmisión de PA **711**,
Fax: **(717) 772-4366**, o
Correo electrónico: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar una queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, AmeriHealth Caritas Pennsylvania y la Oficina de Igualdad de Oportunidades están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue S.W.,
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, **800-537-7697** (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Aviso de no discriminación

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.

Call: 1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505).**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-521-6860 (телетайп: 1-800-684-5505).**

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-521-6860 (TTY : 1-800-684-5505)。**

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505).**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-521-6860 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-684-5505).**

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-800-521-6860 (टिडिवाइ: 1-800-684-5505) ।**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505)** 번으로 전화해 주십시오.

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្មួល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505)។**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le **1-800-521-6860 (ATS : 1-800-684-5505).**

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505)** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505).**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505).**

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505)।**

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505).**

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-521-6860 (TTY: 1-800-684-5505).**