

Escriba en letra de molde con tinta azul o negra.

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida ("PHI") donde las leyes federales y estatales sobre la privacidad exijan su autorización. Su autorización permite que AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO-SNP) comparta su PHI con la(s) persona(s) u organización(es) que usted elige. También puede optar por permitir que la(s) persona(s) u organización(es) compartan su PHI con AmeriHealth Caritas VIP Care. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento contactando a AmeriHealth Caritas VIP Care. Llame a Servicios al Miembro al **1-833-535-3767 (TTY 711)**. Si desea más información, llame del 1 de abril al 30 de septiembre de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. y del 1 de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana de 8 a. m. a 8 p. m.

Parte A. Información del miembro: (persona cuya PHI será compartida)			
Nombre del miembro:		Inicial de 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):	
Dirección de correo electrónico del miembro:			

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 (con código de área):			
Relación con el miembro en la Parte A:			
Dirección de correo electrónico del destinatario:			

Parte C. Descripción de la PHI a compartir	
<p>Díganos qué tipo de PHI podemos 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.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Registros de afecciones no sensibles. Toda la información médica protegida ("PHI") relacionada con mi salud y la provisión y el pago de mis beneficios y servicios de atención médica, excepto la relativa a las afecciones sensibles que se indica a continuación. Nota: La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Registros de afecciones sensibles. Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir PHI sensible.</p> <p>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.</p>	
<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)	



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 del [fecha].
- Información de apelación relacionada con el reclamo que realicé el [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 sea alguno de los que se mencionan más arriba.

Parte E. Fecha de caducidad de esta autorización

Esta autorización caducará: Marque una sola casilla.

Deseo que la autorización expire un (1) año después de que finalice mi cobertura con AmeriHealth Caritas VIP Care. (Ver información a continuación.)*

En la fecha, evento o condición siguientes*:

* AmeriHealth Caritas VIP Care 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 60 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 debe firmar y fechar este formulario para que se procese.

Entiendo que esta autorización para compartir mi PHI es voluntaria y no es una condición para la inscripción en AmeriHealth Caritas VIP Care, la elegibilidad para beneficios o el pago de reclamaciones. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas VIP Care y que la cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida que se haya tomado en virtud de la autorización antes de que yo solicitara la cancelación. También entiendo que, si cancelo esta autorización, debo notificar por separado a la(s) persona(s) u organización(es) mencionada(s) en la Parte B si deseo que esa(s) persona(s) u organización(es) deje(n) 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 puede ser compartida debido a esta autorización.

Autorización para compartir información médica



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 otra documentación legal debe estar archivada con AmeriHealth Caritas VIP Care o 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)

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.

Descripción de la autoridad del representante personal:

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.

Razón por la que el miembro no puede firmar:

- 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: