Aspectos importantes relacionados con su consentimiento para compartir información de salud protegida

- Con el propósito de cumplir con las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), los planes de salud deben obtener el consentimiento de un miembro para compartir su información de salud protegida con cualquier otra persona. Hay limitadas excepciones para esta situación.

- En la medida de lo permitido por la ley, seguiremos comunicándonos con los proveedores de atención de salud involucrados en el tratamiento con respecto a lo siguiente: (1) nuestras actividades de pago en relación con sus reclamos; (2) su inscripción en nuestro plan de salud y (3) su elegibilidad de los beneficios.

- Hasta que los hijos alcancen los 18 años de edad, los padres podrán acceder a la mayor parte de la información de sus hijos sin necesidad de obtener primero el consentimiento de estos últimos. Sin embargo, independientemente de la edad del niño, los padres no tendrán acceso a la información relativa al diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, aborto, el VIH/SIDA, y abuso de drogas o alcohol a menos que el niño autorice específicamente la divulgación de esa información.

- Se utiliza el presente formulario para autorizarnos a compartir su información de salud protegida. Cada persona que usted identifique tendrá el mismo derecho a acceder a su información. Si usted quiere que cada persona acceda a *distintos* tipos de información o acceda a la información por períodos *diferentes*, deberá completar diferentes formularios para cada persona o período.

- NO divulgaremos información relacionada con pruebas genéticas, trastorno por consumo de drogas, salud mental, abortos y enfermedades de transmisión sexual a menos que incluya las iniciales al lado de la afección correspondiente en la Parte D. Si quiere autorizarnos a divulgar la información relacionada con el VIH/SIDA, el estado de New York requiere que se complete un formulario distinto. Para obtener una copia de este formulario, comuníquese con nuestra oficina llamando al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación o bien acceda al formulario ingresando al siguiente sitio web: http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/forms/informedconsent.htm

- Si necesita formularios adicionales, puede copiar este formulario, comunicarse con nuestra oficina al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación o bien visitar nuestro sitio web ingresando en https://www.univerahealthcare.com y buscar la opción “Manage Your Privacy” (Administre su privacidad).

- Asegúrese de haber completado íntegramente el formulario para que podamos cumplir con su petición.

CONSERVE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS

AUTORIZACIÓN OTORGADA A UNIVERA HEALTHCARE (“PLAN DE SALUD”) PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

☐ **Marque las opciones a continuación solo si autoriza el acceso a las notas de psicoterapia.** En caso de que las opciones estén marcadas, no se podrá usar este formulario para ningún otro propósito. Deberá completar un formulario diferente para autorizar el acceso a cualquier otra información.
Si esta casilla está marcada, omita la Parte D.

IMPRIMA ESTA HOJA

PARTE A: MIEMBRO/PERSONA QUE ES EL SUJETO DE LA INFORMACIÓN A SER DIVULGADA			
APELLIDO	NOMBRE	MI	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN ACTUAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: puede localizarlo en las tarjetas de identificación			

PARTE B: EL PLAN DE SALUD PUEDE COMPARTIR MI INFORMACIÓN CON LAS SIGUIENTES PERSONAS	
NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN	DIRECCIÓN
NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN	DIRECCIÓN

PARTE C: MOTIVO POR EL CUAL EL MIEMBRO/PERSONA (PARTE A) AUTORIZA LA DIVULGACIÓN

☐ A petición mía ☐ Otro: _____

PARTE D: EL PLAN DE SALUD PUEDE COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN
*(Seleccione D-1 **o** D-2 y, si corresponde, D-3)*
NOTA: Omita esta sección si se marcó la opción de psicoterapia en la parte superior de este formulario

D-1. ☐ Quisiera que se divulgue cualquier información solicitada por la persona o entidad mencionada en la Parte B. Esta comprende lainformación incluida en la Parte D-3 (a continuación) solo si estampo mis iniciales al lado de la afección. Si mis iniciales no aparecen en D-3, no se divulgará la información relacionada con esas afecciones.

O BIEN

D-2. Quisiera limitar la divulgación de la información a un tipo específico de información, proveedor, afección o fecha. Si esta área está en blanco, no quiero limitar la divulgación de mi información.

☐ Inscripción *(por ejemplo, elegibilidad, dirección, dependientes, fecha de nacimiento*
☐ Reclamos *(por ejemplo, estado, proveedores, fechas, pagos, diagnóstico)*
☐ Otras limitaciones:_____
☐ Beneficios *(por ejemplo, cobertura de beneficios, usos, límites)*
☐ Historias clínicas *(por ejemplo, médico/establecimiento hospitalario, administración de casos)*
☐ Período _____al _____

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Y, SI CORRESPONDE,

D-3. A menos que se mencione específicamente a continuación, no se divulgará la información relacionada con las siguientes afecciones. En caso de haber colocado **mis iniciales** al lado de una o más de estas afecciones, el Plan de Salud estará autorizado a divulgar la información relacionada con estas afecciones.

____ Pruebas genéticas

____ Trastorno por consumo de drogas

____ Salud mental *(sin incluir las notas de psicoterapia)*

____ Enfermedades de transmisión sexual

____ Aborto

Nota: Se debe completar un formulario distinto para autorizar la divulgación de la información relacionada con el VIH/SIDA. Podrá encontrar el formulario autorizado por el estado de New York en http://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/forms/informedconsent.htm

PARTE E: RECONOCIMIENTO (LEA Y ESTAMPE SU FIRMA)

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación escrita al Plan de Salud a la dirección que figura a continuación con excepción de que esta revocación no afectaría ninguna medida adoptada por el Plan de Salud antes de recibir mi revocación escrita y dependiente de esta autorización.
- La información divulgada como resultado de la presente autorización puede volver a ser divulgada por el receptor. Es posible que las leyes de privacidad federales y estatales ya no protejan mi ISP.
- El Plan de Salud no podrá condicionar mi inscripción en un plan de salud, elegibilidad de beneficios o pago de los reclamos sobre la base de esta autorización.
- Esta autorización seguirá vigente hasta que el Plan de Salud reciba mi aviso de cancelación por escrito, **o bien**, hasta la fecha que indico a continuación: _____

IMPORTANTE: He leído y comprendo los términos incluidos en esta autorización. Por medio de la presente, autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida de la manera descrita en este formulario.

Firma:_____ **Fecha:** _____

Si esta solicitud es de un representante personal en representación del miembro, ingrese la siguiente información:

Nombre del representante personal: _____

Firma del representante personal: _____ Fecha: _____

Descripción de la autoridad: ☐ Padre ☐ Tutor legal* ☐ Poder*

☐ Otro* _____

** Debe proporcionar documentación que respalde su autoridad legal para actuar en nombre del miembro*

DEVOLVER A:

Univera Healthcare
P.O. Box 211256
Eagan, MN 55121
O bien por fax: 315-671-7079

Conserve una copia para sus archivos