

Autorización para divulgar información médica confidencial (PHI)

La **Información médica confidencial (PHI)**, por sus siglas en inglés) es información privada sobre su salud que no se puede compartir con **nadie** sin su permiso. Las leyes federales y estatales protegen la confidencialidad de su información médica para mantenerlo a salvo. Al firmar este formulario, nos da permiso para comunicarnos con su familia, cuidador, empleador u otras personas sobre sus afecciones. Solo compartiremos la PHI que nos autorice compartir. Solo proporcionaremos su PHI a las personas o agencias que usted haya incluido en este formulario.

Por favor, complete la siguiente información en letra de imprenta:

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido
Número de Id. del miembro	Teléfono	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Domicilio	Ciudad, estado, código postal	

2. ¿A quién se le puede dar su PHI?

Nombre de la persona o empresa	Teléfono
Domicilio	Ciudad, estado, código postal
Nombre de la persona o empresa	Teléfono
Domicilio	Ciudad, estado, código postal
Nombre de la persona o empresa	Teléfono
Domicilio	Ciudad, estado, código postal

AVISO A CUALQUIER OTRA PERSONA QUE NO SEA EL MIEMBRO:

Una persona que elige divulgar su información médica **NO** le da permiso para compartir esa información con nadie más. No puede proporcionar información médica sobre ninguna persona sin el permiso por escrito de la persona de la que trata la información. No puede proporcionar información de una persona que está recibiendo tratamiento por abuso de alcohol o drogas, VIH/SIDA ni otras enfermedades de transmisión sexual, salud del comportamiento o información de marcadores genéticos. Cualquier informe no autorizado podría ir en contra de las leyes estatales o federales y dar lugar a una multa, pena de prisión o ambas cosas.

Cierta información médica, como el tratamiento por abuso de drogas o alcohol, **no** se puede utilizar para investigar o procesar a ningún paciente con abuso de alcohol o drogas. Consulte la regla federal 42, Parte 2 del Código de Reglamentos Federales para obtener más información.

Dé vuelta la página para completar el formulario.

3. ¿Qué PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la PHI que nos autorice. Indíquenos el tipo de PHI que está dispuesto a compartir marcando la casilla correspondiente:	
<input type="checkbox"/>	Cualquier información solicitada
<input type="checkbox"/>	Salud (médica, dental, farmacia, vista)
<input type="checkbox"/>	Salud mental, pero NO notas de psicoterapia
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico y tratamiento del trastorno por abuso de sustancias. Esto NO incluye notas de psicoterapia/asesoramiento relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del trastorno por abuso de sustancias.
<input type="checkbox"/>	Atención de largo plazo
<input type="checkbox"/>	Registros de gestión del paciente
<input type="checkbox"/>	Otras (explique):

4. ¿A quién se le puede dar la PHI?

Motivo/Propósito:
--

5. Este formulario es válido por 1 año, a menos que indique un período más corto a continuación.

Mi autorización es válida desde: <p style="text-align: center;">_____ HASTA _____ MM/DD/AA MM/DD/AA</p>

Dé vuelta la página para completar el formulario.

Al firmar a continuación, entiendo y acepto que:

- Puedo retirar mi **autorización** escribiendo a la dirección que figura en este formulario.
- Retirar mi autorización no eliminará la PHI que ya haya sido compartida. Sin embargo, no se compartirá más nada de la PHI.
- Mi oportunidad de inscribirme en un seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Quien obtenga mi PHI podría compartirla con otras personas. Eso significa que es posible que las leyes no protejan mi PHI.
- La PHI que **autorizo** compartir incluye:
 - Afecciones e información sobre el tratamiento
 - Enfermedades crónicas
 - Problema de salud mental
 - Diagnóstico y tratamiento del trastorno por abuso de sustancias
 - Enfermedades infecciosas, enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA) e información de marcadores genéticos
- Puedo obtener una copia de esta autorización escribiendo a la dirección que figura en este formulario.
- NextLevel Health Partners, Inc. no compartirá mi PHI con nadie, ni siquiera con las personas nombradas en este formulario, a menos que firme este formulario.

ATENCIÓN:

- Debo firmar este formulario si se aplica alguna de las siguientes opciones:
 - Tengo 18 años o más
 - Tengo menos de 18 años y estoy casado/a o emancipado/a
 - Mi estado me permite ser tratado incluso si mis padres o tutores legales no están de acuerdo
- Mi PHI compartida puede incluir una o más de las siguientes afecciones:
 - Diagnóstico y tratamiento del trastorno por abuso de sustancias
 - Problema de salud mental
 - Enfermedad de transmisión sexual (incluso VIH/SIDA)
 - Salud reproductiva (incluso anticoncepción, atención prenatal y aborto)

6. Firma del miembro o del representante autorizado:

Firma:

Fecha:

Nombre en letra de imprenta:

Dé vuelta la página para completar el formulario.

Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación (padre o madre, tutor legal, poder notarial, representante personal):

Ser representante autorizado significa que tiene evidencia legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma en nombre de una persona que no puede firmar legalmente por su cuenta. Si el miembro tiene menos de 18 años, un padre, madre o tutor deben firmar en nombre del menor. Si usted es un representante que firma este formulario, debe enviar evidencia legal de que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarlo. Llame a NextLevel Health Partners, Inc. al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.

Firme este formulario y devuelva el formulario completo a:

**NextLevel Health Partners
Member Services Department
224 S. Michigan Ave., Suite 700
Chicago, IL 60604
O envíelo por fax al: 312-767-2544**

For internal use only

Approved

Denied

Dé vuelta la página para completar el formulario.