

Autorización de la HIPAA para usar y divulgar información de salud protegida

Formulario para utilizar si el miembro desea permitir la divulgación de información a un tercero.

Se deben completar las secciones A, B y D. Para validar la autorización, se exige una firma en la página 2.

Sección A: Información sobre el miembro de Security Health Plan en cuestión

Nombre (apellido, primer y segundo nombre) _____ N.º de suscriptor _____

Dirección _____

Número de teléfono (_____) _____ Fecha de nacimiento (m/d/a) ____ / ____ / ____

MI INFORMACIÓN DE SALUD. La información de salud que está sujeta a esta autorización consiste en toda la información de salud sobre mí que Security Health Plan creó o recibió, incluidos los siguientes tipos de registros: médicos, dentales, psicológicos o psiquiátricos (excepto las notas de psicoterapia*), sobre el abuso del alcohol o las drogas, las discapacidades del desarrollo, la gestión médica o de casos, la facturación, el pago, las reclamaciones y la inscripción. Esto incluye registros de diagnóstico o tratamiento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el complejo relacionado con el SIDA (CRS) proporcionados por un miembro profesional de la salud. No incluye los registros de pruebas en sitios anónimos de asesoramiento y exámenes ni a través del uso de un kit anónimo de pruebas en el hogar para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), productos de antígenos y no antigénicos del VIH y anticuerpos contra el VIH.

* Las notas de psicoterapia son aquellas que registra un profesional de la salud mental que documenta o analiza la conversación durante una sesión de asesoramiento privado, grupal, en conjunto o en familia y que están separadas del resto de mis registros médicos. Las notas de psicoterapia no incluyen la receta ni el control de medicamentos, los horarios de inicio y finalización de la sesión de asesoramiento, los tipos y la frecuencia de los tratamientos, los resultados de las pruebas clínicas ni ningún resumen del diagnóstico, el estado funcional, el plan de tratamiento, los síntomas, el pronóstico o el progreso hasta la fecha.

Sección B: Personas que usted desea que tengan acceso a su información

DIVULGACIÓN AUTORIZADA. Autorizo a que Security Health Plan divulgue mi información de salud descrita anteriormente a las siguientes personas:

Nombre(s) _____ Relación con el miembro _____

Dirección _____ Número de teléfono (_____) _____

Nombre(s) _____ Relación con el miembro _____

Dirección _____ Número de teléfono (_____) _____

Nombre(s) _____ Relación con el miembro _____

Dirección _____ Número de teléfono (_____) _____

Esta divulgación tendrá los siguientes objetivos específicos: cuestiones relacionadas con el pago, que incluyen la gestión de reclamaciones, las solicitudes de autorización previa y las consultas sobre membresía e inscripción; y las operaciones de atención médica, que incluyen el Servicio al Cliente, los asuntos relacionados con reclamos o apelaciones, la coordinación de la atención y los objetivos adicionales según se describe.

Se pueden agregar nombres adicionales en una hoja separada.

(continuación)

Sección C: Término y otro tipo de información

TÉRMINO. Esta autorización permanecerá vigente hasta la siguiente fecha o hasta que ocurra el siguiente acontecimiento:

_____ (indique una fecha o un evento o deje en blanco), o hasta que ya no tenga la cobertura de Security Health Plan, lo que suceda primero, a menos que revoque esta autorización por escrito (en cualquier momento) según lo descrito en el Aviso sobre prácticas de privacidad de Security Health Plan (hay copias disponibles a pedido).

Comprendo que Security Health Plan no condicionará mi inscripción ni mi elegibilidad para recibir beneficios según yo otorgue o no esta autorización.

Comprendo que, una vez que Security Health Plan divulgue mi información de salud a la persona que se nombra anteriormente conforme a esta autorización, es posible que esa persona pueda volver a divulgar la información y ya no esté protegida por la ley federal ni estatal vigente que rige el uso y la divulgación de mi información de salud.

Comprendo que recibiré una copia de esta autorización firmada.

Sección D: Firma

He leído y comprendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la divulgación de mi información de salud. Autorizo deliberada y voluntariamente la divulgación de mi información de salud según se describió anteriormente.

Firma

_____/_____/_____
Fecha (mes/día/año)

Si el miembro no puede firmar esta autorización, complete la siguiente información:

Firma del tutor legal autorizado, el agente de atención
médica u otro representante personal autorizado

Relación

_____/_____/_____
Fecha (mes/día/año)

(Si figura una firma aquí, se debe proporcionar una copia de la tutela u otros documentos de respaldo a Security Health Plan).

Nota para el receptor de información sobre el abuso del alcohol y las drogas: Se le ha comunicado esta información de registros protegidos por las normas de confidencialidad federales (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR]). Las normas federales prohíben que usted continúe divulgando esta información a menos que esto esté permitido de forma expresa a través de un consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o, de lo contrario, según lo permita la Parte 2 del Título 42 del CFR. A estos fines, NO es suficiente contar con una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo. Las normas federales limitan el uso de la información para investigar o procesar a nivel penal a cualquier paciente por abuso de alcohol y drogas.

Guarde una copia de esta autorización para sus registros.

Aviso sobre no discriminación: Security Health Plan of Wisconsin, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, identidad de género, orientación sexual ni estado de salud.

Servicios lingüísticos para personas con dominio limitado del inglés

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-472-2363 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-472-2363 (TTY: 711).

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-472-2363 (TTY: 711).