

Consentimiento para divulgar información protegida de salud

La PHI (*Protected Health Information*, información protegida de salud) es información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Estas establecen que no podemos compartir su PHI con otras personas que no sean sus médicos o quienes le brindan cuidado, a menos que usted lo autorice. Al firmar este documento, nos brinda su consentimiento. Solo compartiremos la PHI que usted especifique, y la entregaremos a las personas o agencias que nos indique. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Mercy Care al 602-586-1841 o 1-800-564-5465 (TTY/TDD: 711).

¿QUIÉN ES EL MIEMBRO?			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
N.º de identificación del AHCCCS	Fecha de nacimiento	Teléfono	
Dirección		Estado	Código postal
Marcar una. <input type="checkbox"/> Soy el miembro. <input type="checkbox"/> Tengo derecho legal a actuar en nombre de esta persona (marque una opción; en caso de ser "Otro", especifique). Soy <input type="checkbox"/> Su padre/madre <input type="checkbox"/> Su tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿CON QUIÉN SE PUEDE COMPARTIR LA PHI?			
Nombre (una persona, como un familiar que viva con usted, o un lugar de trabajo)		Nombre (una persona, como un familiar que viva con usted, o un lugar de trabajo)	
Dirección		Dirección	
Teléfono (con código de área)		Teléfono (con código de área)	
¿QUÉ TIPO DE PHI PODEMOS COMPARTIR?			
Solo compartiremos la PHI que usted apruebe. Infórmenos al respecto marcando la casilla correspondiente. Importante: Existen normas gubernamentales (HIPAA [Health Insurance Portability and Accountability Act, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud]) que exigen un formulario por separado para compartir notas de psicoterapia. Si usted desea que compartamos este tipo de notas, complete otro formulario.			
<input type="checkbox"/> Todo tipo de PHI. O BIEN solo los tipos de PHI indicados a continuación: <input type="checkbox"/> HIV, sida u otras enfermedades transmisibles. <input type="checkbox"/> Información o registros sobre abuso de alcohol o sustancias. <input type="checkbox"/> Planes de tratamiento. <input type="checkbox"/> Abuso sexual, físico o mental. <input type="checkbox"/> Registros sobre apelaciones y reclamaciones. <input type="checkbox"/> Medicamentos. <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de laboratorio u otros exámenes. <input type="checkbox"/> Evaluaciones o pruebas. <input type="checkbox"/> Otro: _____			

¿POR QUÉ DEBEMOS COMPARTIR ESTA PHI?

Infórmenos el motivo por el cual desea que se comparta su PHI:

¿CUÁNDO FINALIZA SU CONSENTIMIENTO?

Su consentimiento finalizará cuando usted lo desee. **Infórmenos cuándo desea que su consentimiento deje de tener vigencia:**

Mi consentimiento finalizará en la siguiente fecha (no puede ser posterior a un año desde su consentimiento):

O BIEN

Mi consentimiento finalizará cuando ocurra lo siguiente:

(Por ejemplo, "pueden compartir mis exámenes médicos por esta única vez"). Si no especifica una fecha, su consentimiento finalizará un año después de la fecha de su firma. Luego de un año, necesitaremos un nuevo consentimiento.

SUS DERECHOS E INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Usted decide si desea darnos su consentimiento. No está obligado a compartir su información.
- Recibirá beneficios y tratamientos aunque no nos brinde su consentimiento para compartir la PHI.
- Puede revocar su consentimiento. Para hacerlo, debe informarnos por escrito a la siguiente dirección: Mercy Care, 4350 E Cotton Center Boulevard, Building D, Phoenix, AZ 85040.
- ¿Qué ocurre si revoca su consentimiento? No podremos recuperar la PHI que ya hayamos compartido, pero dejaremos de compartirla de allí en adelante.
- Si compartimos su PHI con las personas o agencias que indicó, estas a su vez podrán compartirla con terceros si así lo permite la ley.
- La información sobre HIV, sida y otras enfermedades transmisibles no puede compartirse con terceros a menos que usted lo apruebe de forma específica o la ley lo permita.
- Tiene derecho a recibir una copia de este consentimiento firmado. Si necesita otra copia, comuníquese con Mercy Care al 800-564-5465.
- Si no comprende esta información o tiene alguna pregunta, podemos ayudarlo. Llame al Mercy Care al 800-564-5465.

FIRMA DEL MIEMBRO

Autorizo a que se comparta la información indicada en este documento.

Firma o sello del miembro

Fecha

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO (si corresponde)

Ser el **representante autorizado** significa que tiene una prueba legal de que puede actuar en nombre de la persona. Un representante firma en lugar de una persona que no puede hacerlo desde el punto de vista legal. Si el miembro es menor de 18 años de edad, su padre, madre o tutor deben firmar en su nombre.

Firma de la persona que representa al miembro

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Dirección

Testigo

Mercy Care

Teléfono: 602-586-1841 o 1-800-564-5465

TTY/TDD: 711

Fax: 1-844-424-3975



Usted debe recibir una copia de este documento firmado. Recuerde que la PHI hace referencia a toda información sobre su salud del pasado, presente o futuro. Incluye datos como su dirección y fecha de nacimiento. Si desea ver una descripción completa de la PHI, consulte la sección 160.103, título 45, del CFR (Code of Federal Regulations, Código de Reglamentaciones Federales).

AVISO PARA TODA AQUELLA PERSONA QUE NO SEA EL MIEMBRO

Esta información proviene de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por leyes estatales o federales. Si los registros están protegidos por las regulaciones federales de confidencialidad de los registros de los miembros relacionados con el abuso del alcohol y de las drogas (título 42, parte 2, del CFR) o por los estatutos estatales de confidencialidad de la información relacionada con HIV/sida y otras enfermedades transmisibles (sección 36-664[H] de los ARS [Arizona Revised Statutes, Estatutos Revisados de Arizona]), usted tiene prohibido divulgar la información, a menos que dicha divulgación sea expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, o que de otro modo esté permitido por la parte 42 del CFR y la sección 36-664(H) del ARS. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las leyes federales restringen el uso de dicha información para investigar o procesar penalmente a miembros con antecedentes de abuso de drogas o alcohol.