AmeriHealth Caritas Pennsylvania
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113

AmeriHealth Caritas
Pennsylvania

Consejos para completar la autorización para divulgar (compartir) su información médica protegida

Usted puede autorizarnos para compartir información sobre su salud o beneficios del plan con otras personas. Para hacerlo, tendrá que llenar el formulario Autorización para la divulgación de información médica que le adjuntamos con esta carta.

Información importante sobre este formulario

Al firmar este formulario, usted nos permite compartir su información médica protegida (PHI) con las personas u organizaciones que incluye en este formulario. Compartir su PHI puede implicar que otros puedan identificarlo/a. Para que su PHI pueda entregarse a terceros, usted debe dar su consentimiento, a menos que la ley permita lo contrario.

A fin de permitirnos compartir su PHI, llene el formulario por completo. Encontrará útiles consejos para llenar este formulario en el reverso de esta carta.

Una vez que lo haya hecho, envíenos el formulario completado. Puede enviarlo por correo a la siguiente dirección:

AmeriHealth Caritas Pennsylvania
Consent Processing Center
P.O. Box 7092
London, KY 40742-7092

Si tiene dudas sobre esta carta o el formulario adjunto, nosotros podemos ayudarle. Llame a Servicios al miembro al **1-888-991-7200 (TTY 1-888-987-5704)**.

Consejos útiles para completar este formulario.

Incluya tanta información como pueda.

Sección A

- Aquí ingrese la información del miembro.

Sección B

- Ingrese la información para la persona u organización que puede obtener la PHI del miembro.
- Si desea que la persona u organización que usted incluye en esta sección también comparta su información con AmeriHealth Caritas Pennsylvania, marque la casilla Sí. Debe marcar Sí o No.

Sección C

- Díganos qué tipo de información podemos compartir con las personas u organizaciones enumeradas en la sección B. Tiene opciones:
    - Marque "Registros de afecciones no sensibles" para pedirnos que compartamos **toda** su información.
    - Marque "Registros de afecciones sensibles" lo cual da permiso específico para compartir cierta PHI.
    - Marque "Solo información limitada" y especifique qué información usted quiere compartir.

Sección D

- Marque las casillas para indicar los motivos por los cuales quisiera que se comparta su información.
    - Debe marcar por lo menos 1 casilla.

Sección E

- Díganos cuándo quisiera que el formulario expire (que ya no esté en vigencia).
    - Marque la primera casilla para que su formulario expire 1 año después de que finalice su cobertura con AmeriHealth Caritas Pennsylvania.

      O bien
    - Marque la segunda casilla y escriba una fecha o evento.

Sección F

- Lea esta sección para entender sus derechos relacionados con este formulario.
- Firme el formulario.
- El formulario debe estar firmado por el miembro, el padre/la madre o el tutor, o el representante legal.
- Si usted es el representante legal, entonces debe agregar sus datos personales como representante y adjuntar los documentos legales.

Anexo a la autorización para la divulgación de la información médica

- Completar esta sección solo si el miembro es físicamente **incapaz de firmar** el formulario.
- Esta sección debe estar firmada por 2 testigos para demostrar que:
    - La información que aparece en el formulario se comunicó al miembro.
    - El miembro entiende la información del formulario.
    - El miembro otorga libremente su consentimiento para que se comparta su PHI.

AmeriHealth Caritas
Pennsylvania

Autorización para compartir información médica

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 Pennsylvania comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted elige. También puede optar por permitir a las personas u organizaciones que compartan su PHI con AmeriHealth Caritas Pennsylvania. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento contactando a AmeriHealth Caritas Pennsylvania. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-991-7200 (TTY 1-888-987-5704)** para más información.

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? ☐ Sí ☐ 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

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.

☐ **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.

☐ **Registros de afecciones sensibles.** Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir PHI sensible. 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.

- ☐ Información genética
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Consumo de sustancias o alcohol
- ☐ Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado)
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Aborto y planificación familiar
- ☐ Enfermedades contagiosas

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

O

☐ 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 Pennsylvania. (Ver información a continuación).*

O

☐ En la fecha, evento o condición siguiente*:

* AmeriHealth Caritas Pennsylvania 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 Pennsylvania, la elegibilidad para recibir beneficios o el pago de reclamos. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas Pennsylvania y que la cancelación de esta autorización no afectará ninguna medida que se haya tomado, de acuerdo con la autorización, anterior a mi solicitud de cancelación. También entiendo que, si cancelo esta autorización, debo notificar por separado a las personas u organizaciones mencionadas en la Parte B si deseo que esas personas u organizaciones dejen 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.

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 otros documentos legales de atención médica deben estar archivados en AmeriHealth Caritas Pennsylvania o presentarse 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.

Razón por la que el miembro no puede firmar:

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.

Método de comunicación con el miembro:

☐ 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:

AmeriHealth Caritas Pennsylvania

Aviso de no discriminación

AmeriHealth Caritas Pennsylvania cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión ni orientación sexual.

AmeriHealth Caritas Pennsylvania no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión ni orientación sexual.

AmeriHealth Caritas Pennsylvania proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

AmeriHealth Caritas Pennsylvania provee servicios lingüísticos sin costo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con **AmeriHealth Caritas Pennsylvania** al **1-888-991-7200** (TTY **1-888-987-5704**).

Si cree que **AmeriHealth Caritas Pennsylvania** no le proveyó estos servicios o cometió discriminación de alguna otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ascendencia, sexo, identidad o expresión u orientación sexual, puede presentar una queja con:

AmeriHealth Caritas Pennsylvania,
Member Complaints Department,
Attention: Member Advocate,
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
Teléfono: **1-888-991-7200**, TTY **1-888-987-5704**,
Fax: **215-937-5367**, o
Email: PAmemberappeals@amerihealthcaritas.com

The Bureau of Equal Opportunity,
Room 223, Health and Welfare Building,
P.O. Box 2675,
Harrisburg, PA 17105-2675,
Teléfono: **(717) 787-1127**, TTY/Relé de PA **711**,
Fax: **(717) 772-4366**, o
Email: RA-PWBEOAO@pa.gov

Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, AmeriHealth Caritas Pennsylvania y la Oficina de Igualdad de Oportunidades están disponibles para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue S.W.,
Room 509F, HHH Building,
Washington, DC 20201,
1-800-368-1019, **800-537-7697** (TDD).

Los formularios de quejas están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Aviso contra la discriminación

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call: **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-991-7200 (телетайп: 1-888-987-5704)**.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-991-7200 (TTY : 1-888-987-5704)**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-991-7200** (رقم هاتف الصم والبكم: **1-888-987-5704**).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-888-991-7200 (टिटिवाइ: 1-888-987-5704)** ।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)** 번으로 전화해 주십시오.

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**។

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposes gratuitement. Appelez le **1-888-991-7200 (ATS : 1-888-987-5704)**.

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**.

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**.

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**।

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-888-991-7200 (TTY: 1-888-987-5704)**.