



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:

Keystone First Community HealthChoices
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 participante al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)**.

Consejos útiles para completar este formulario.

Incluya tanta información como pueda.

Sección A

- Aquí ingrese la información del participante.

Sección B

- Ingrese la información para la persona u organización que puede obtener la PHI del participante.
- Si desea que la persona u organización que usted incluye en esta sección también comparta su información con Keystone First Community HealthChoices (CHC), 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 Keystone First CHC.
O bien
 - Marque la segunda casilla y escribe 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 participante 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 participante.
 - El participante entiende la información del formulario.
 - El participante otorga libremente su consentimiento para que se comparta su PHI.

Autorización para compartir información médica



Keystone First
Community HealthChoices

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 Keystone First Community HealthChoices (CHC) 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 Keystone First CHC. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento contactando a Keystone First CHC. Llame a Servicios al Participante al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)** para más información.

Parte A. Información del participante (persona cuya PHI será compartida)

Nombre del participante:		Inicial de segundo nombre:	
Apellido:		ID del participante (ver tarjeta de ID):	
Domicilio del participante:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del participante:		Número de teléfono durante el día (con código de área):	
Dirección de correo electrónico del participante:			

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 participante 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.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información genética | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Consumo de sustancias o alcohol | <input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas |
| <input type="checkbox"/> Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado) | |

Autorización para compartir información médica

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

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 Keystone First CHC. (Ver información a continuación).*

En la fecha, evento o condición siguiente*:

* Keystone First CHC 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 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 Keystone First CHC, 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 Keystone First CHC 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.

Autorización para compartir información médica

Firma del participante: Al firmar a continuación, autorizo compartir mi PHI como se describe anteriormente.

Firma del participante:

Fecha:

Información del representante personal: Al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del participante que se describe anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del participante. Una copia de un poder notarial u otros documentos legales de atención médica deben estar archivados en Keystone First CHC 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 participante 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 participante, y no puede reemplazar esta documentación simplemente porque para el participante es inconveniente firmarla.

Razón por la que el participante no puede firmar:

Las firmas a continuación indican lo siguiente:

- El participante recibió la información que contiene este formulario.
- El participante indicó que comprende la información contenida en esta autorización.
- El participante dio libremente su consentimiento.

Método de comunicación con el participante:

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:





Keystone First Community HealthChoices 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 de género ni orientación sexual.

Keystone First Community HealthChoices 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 de género ni orientación sexual.

Keystone First Community HealthChoices 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)

Keystone First Community HealthChoices 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 **Keystone First Community HealthChoices** al **1-855-332-0729** (TTY **1-855-235-4976**).

Si cree que **Keystone First Community HealthChoices** 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 de género u orientación sexual, puede presentar una queja con:

Keystone First
Community HealthChoices,
Participant Complaints Department,
Attention: Participant Advocate,
200 Stevens Drive
Philadelphia, PA 19113-1570
Teléfono: **1-855-332-0729**, TTY **1-855-235-4976**,
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, Keystone First Community HealthChoices 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: 1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-332-0729(телетайп: 1-855-235-4976).**

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 **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)**。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-855-332-0729 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-235-4976).**

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् **1-855-332-0729 (टिटिवाइ: 1-855-235-4976)** ।

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)** 번으로 전화해 주십시오.

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)** ។

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-855-332-0729 (ATS 1-855-235-4976).**

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976)** သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নি:খরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**

सुचना: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-855-332-0729 (TTY 1-855-235-4976).**