Autorización para Utilizar/Divulgar la Información Protegida sobre la Salud

PacificSource HEALTH PLANS

Instrucciones

Sabemos que es posible que usted desee que nosotros nos comuniquemos con otras personas o entidades acerca de su atención médica. Como usted probablemente sabe, cierta información sobre su salud está protegida por las leyes estatales y federales con el fin de proteger su privacidad. Por lo tanto, no podemos utilizar ni dar a conocer la información protegida sobre su salud sin su autorización por escrito.

Si usted desea permitir que una persona o entidad legal tenga acceso a la información protegida sobre su salud, por favor llene el formulario adjunto de Autorización para Utilizar/Divulgar la Información Protegida sobre la Salud.

Las siguientes indicaciones le ayudarán a llenar correctamente el formulario.

- **Es necesario llenar todas las secciones** para que esta autorización sea válida.
- **Nombre del miembro** es el nombre de la persona específica cuya información protegida sobre la salud será divulgada.
- **Nombre del grupo, número de ID y número de grupo** aparecen en su tarjeta de membresía.
- **Destinatario o clase de destinatarios** se refiere al nombre y la dirección de la(s) persona(s) que usted autoriza para que tenga(n) acceso a la información protegida sobre su salud.
- Información relacionada con **pruebas de VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento para drogas/alcohol:** Si la información sobre su salud incluye cualquiera de estas categorías, es necesario que anote sus iniciales en el formulario para autorizar su uso o divulgación.
- **Fecha de expiración** es la fecha en la que usted desea que termine la autorización. Después de dicha fecha, ya no tendremos permiso de utilizar o divulgar la información protegida sobre su salud.
- **Evento:** En vez de una fecha de expiración, usted puede indicar un evento después del cual ya no desea que tengamos permiso de divulgar la información protegida sobre su salud.
- **Firma:** La persona cuya información protegida sobre la salud será divulgada debe firmar el formulario para que la autorización sea válida. Si la persona es menor de edad, sus padres o tutores legales pueden firmar en su representación. Si la persona no puede firmar por sí misma, alguien que esté autorizado mediante una carta poder puede firmar en su representación. En el caso de los tutores legales y los apoderados, es necesario adjuntar la documentación legal correspondiente.
- Una vez que haya llenado el formulario, envíelo por email, fax o correo:
  Email: CS@PacificSource.com
  Fax: 541-225-3631
  PacificSource Health Plans
  Attn: Customer Service
  PO Box 7068
  Springfield OR 97475

Nos tomamos muy en serio la protección de la información personal sobre la salud de todos nuestros miembros. Agradecemos su cooperación y asistencia al ayudarnos a cumplir con los reglamentos estatales y federales.

Si usted tiene alguna duda, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al teléfono **888-977-9299** o al email **CS@PacificSource.com.**

Autorización para Utilizar/Divulgar la Información Protegida sobre la Salud

PacificSource HEALTH PLANS

Es necesario llenar todos los campos del formulario para que sea válido. Además, el miembro debe recibir una copia del formulario lleno.

Nombre del Miembro _____ Núm. de ID del Miembro _____

Nombre del Grupo _____ Núm. de Grupo _____

Autorizo a *(persona/entidad que divulga la información)* PacificSource Health Plans para que utilice y divulgue una copia de la información protegida sobre mi salud a *(nombre y dirección del destinatario o clase de destinatarios)*

_____

con el propósito de *(describa cada propósito de uso/divulgación)*

_____

_____

La información protegida sobre mi salud incluye registros médicos, registros de cuidados urgentes y de emergencia, estados de cuenta, reportes de diagnóstico por imágenes, transcripciones de reportes de hospital, notas de expedientes clínicos, reportes de laboratorio, registros dentales, reportes de patología, registros de terapia física, registros de hospital (incluyendo reportes de enfermería e informes de evolución) y cualquier otra información médica o personal relacionada con los propósitos de esta autorización. La información obtenida a través de esta autorización se utilizará únicamente para los propósitos anteriormente definidos y se limitará al mínimo necesario para lograr dichos propósitos.

En caso de que la información a divulgar contenga cualquiera de los tipos de registros o información que aparecen inmediatamente a continuación, es posible que apliquen leyes adicionales sobre el uso y la divulgación de la información. Entiendo y estoy de acuerdo en que dicha información será divulgada si anoto mis iniciales en el espacio aplicable junto al tipo de información que se incluirá con la divulgación:

_____ Información sobre las pruebas o resultados del VIH/SIDA y registros relacionados

_____ Información de salud mental

_____ Información sobre pruebas genéticas

_____ Diagnósticos sobre el uso de drogas o alcohol, tratamientos o información sobre referencias

Entiendo que tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar la autorización, esto no afectará mi inscripción en el plan de salud ni mi elegibilidad para recibir los beneficios de salud, a menos de que la información sujeta a la autorización sea necesaria para determinar si soy elegible para inscribirme en el plan de salud.

Tengo el derecho de cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si cancelo esta autorización, la información anteriormente descrita ya no será utilizada o divulgada por los motivos cubiertos en esta autorización escrita. La información que ya haya sido utilizada o divulgada con mi permiso no podrá ser retirada. (Para cancelar esta autorización, envíe una carta indicando su deseo de cancelar esta autorización a: Compliance Department, PacificSource Health Plans, PO Box 7068, Springfield, OR 97475).

Comprendo que la información divulgada o utilizada conforme a esta autorización pudiera estar sujeta a una divulgación posterior que pudiera no estar protegida por las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales o estatales pudieran restringir la divulgación posterior de la información sobre las pruebas o los resultados del VIH/SIDA, la información de salud mental, la información genética y el diagnóstico sobre el uso de drogas/alcohol, el tratamiento o la información sobre las referencias. **A menos de que sea cancelada, esta autorización estará vigente hasta *(marque una opción)*:**

☐ Fecha de Expiración _____ ó ☐ Evento _____

En dicho momento, ya no será válida esta autorización para utilizar o divulgar la información protegida sobre su salud. Ni la fecha especificada ni la fecha del evento deberán exceder de un periodo de 24 meses.

He leído esta autorización y comprendo su información.

Firma _____ Fecha _____

Relación con el miembro ☐ Yo mismo ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal* ☐ Apoderado*

**Si usted es el tutor legar o apoderado, por favor adjunte la documentación legal correspondiente.*