

Consentimiento para divulgar información de salud protegida (PHI)

La **información de salud protegida (Protected Health Information, PHI)** es la información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes dicen que no podemos dar su PHI a nadie más que a sus médicos o AHCCCS a menos que usted lo **autorice**. Al firmar este documento, usted nos da su **autorización**. Solo daremos la PHI que usted nos dice que podemos compartir. Además, solo la divulgaremos a las personas o agencias que usted indique. ¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarle. Llame a Magellan Health, Inc. (Magellan) al 800-424-5891 (TTY 711).

Parte 1 ¿Quién es el paciente?				
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de identificación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Número de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Marque una

Soy el paciente

Tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona. (Marque una opción a continuación; si elige "otro", complete el espacio en blanco)

Soy su: Padre/madre Tutor Otro _____

Parte 2 ¿Quién puede divulgar la PHI?

Magellan puede divulgar su PHI. Magellan Complete Care administra su tratamiento de salud mental y/o por drogas y alcohol para Medicaid de Arizona.

Parte 3 ¿A quién se le podrá divulgar la PHI?

Nombre (una persona, como por ejemplo, un familiar que viva conmigo o una sede comercial)		Número de teléfono (con código de área)
Dirección		Ciudad, estado y código postal

Pase a la siguiente página.

Parte 4 ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?

Compartiremos **únicamente** la PHI que usted **autorice**. Esta **autorización** incluye información acerca de su medicamento. También incluye información sobre su salud mental y/o el tratamiento por drogas y alcohol que pueda estar en su expediente. No cubre notas que no están en sus expedientes médicos. Díganos cuál es la información de salud de sus expedientes que se puede compartir. Proporcione la fecha o lugar si puede.

Si nos da su autorización para compartir este tipo de información de salud, indíquenoslo al marcar la casilla.

VIH/SIDA Expedientes sobre abuso de alcohol/sustancias Abuso sexual/físico/mental

Parte 5 ¿Por qué divulga esta PHI?

Díganos por qué desea que compartamos su PHI _____

Parte 6 ¿Cuándo finaliza mi autorización?

Su **autorización** finalizará cuando usted nos avise que terminó. **Díganos cuándo desea que finalice su autorización:**

Mi autorización finaliza en esta fecha

(No puede exceder el término de un año a partir de la fecha en la que dio su **autorización**) **O**

Mi autorización finaliza cuando ocurra lo siguiente: _____

(Puede ser algo como: *pueden compartir mi información esta única vez*. O *“cuando salga del hospital en un mes”*. No puede ser *“para siempre”* o *“cuando muera”*. El evento debe ser dentro del año en el que usted firma)

Parte 7 Sus derechos e información importante

- Dar su **autorización** es su decisión. No está obligado a compartir su información.
- No tiene que **autorizar** este documento. Continuará recibiendo los beneficios y tratamientos.
- Usted puede revocar su autorización. Debe comunicarnos esto por escrito.
Envíelo por correo postal a:
4801 E Washington St, Suite 225
Phoenix, AZ 85034
- ¿Qué sucede si usted revoca su **autorización**? Esto no aplicará a la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, **no** seguiremos compartiendo su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas o agencias que usted nombró, ellos podrán compartirla con otros. No todos tienen que cumplir con las reglas de privacidad.
- Usted tiene derecho a obtener una copia de esta **autorización** firmada. Si necesita otra copia, llame a Magellan Complete Care al 800-424-5891 (TTY 711).
- Si no comprende o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame a Magellan Complete Care al 800-424-5891 (TTY 711).

Parte 8 Firma de la persona inscrita

Autorizo que se comparta la información detallada en este documento.

Firma o marca de la persona inscrita

Fecha

Parte 9 Firma del representante autorizado (si hubiera)

Ser **Representante autorizado** significa que usted tiene prueba legal para actuar en representación de esta persona. El representante firma por la persona que no puede firmar legalmente en su propio nombre. Si la persona inscrita es menor de 18 años de edad, su padre/madre o tutor deberán firmar por el menor.

Firma de la persona que firma en nombre de la persona inscrita

Fecha

Nombre, en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Usted debe recibir una copia de este documento firmado. Recuerde, Información de Salud Protegida (PHI) significa cualquier tipo de información sobre su salud, ya sea pasada, presente o futura. Incluye información como su dirección y fecha de nacimiento. En el Título 45 del Código del Reglamento Federal (CFR), §160.103, se encuentra una definición completa de la PHI.

AVISO A LAS PERSONAS QUE NO SON LA PERSONA INSCRITA

Esta información se le ha divulgado de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y/o estatales. Si los expedientes están protegidos bajo normas federales sobre la confidencialidad de los expedientes del paciente sobre abuso de alcohol y drogas (Código del Reglamento Federal (CFR), Título 42, Parte 2), usted tiene prohibido hacer alguna divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación esté permitida expresamente por medio del consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o de otra manera permitida por el CFR, Título 42, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las reglas federales limitan cualquier uso de la información para realizar investigaciones penales o enjuiciar a un paciente por abuso de alcohol y drogas.

Esta información se encuentra disponible en otros idiomas de forma gratuita. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al 800-424-5891 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m., hora local.