

Escriba en letra imprenta 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 Florida comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted elija. También puede optar por permitir que las personas u organizaciones compartan su PHI con AmeriHealth Caritas Florida. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento si se pone en contacto con AmeriHealth Caritas Florida. Llame a Servicios al Miembro al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)** para obtener más información.

Parte A. Información del miembro (persona cuya PHI se compartirá)

Nombre del miembro:		Inicial de segundo nombre:	
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Domicilio del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nac. del miembro:	Número de teléfono durante el día (con código de área):		
Correo electrónico del miembro:			

Parte B. Destinatario (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 también comparta 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:		
Correo electrónico del destinatario:		

Parte C. Descripción de la PHI que se compartirá

Indíquenos qué tipo de PHI se puede compartir. Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe seleccionar al menos una casilla. Nota: Cierta uso compartido de la PHI sin su autorización está permitido por las leyes estatales y federales.

- Registros de condiciones no sensibles.** Toda la PHI relacionada con mi salud y la prestación y el pago de mis beneficios y servicios de atención médicas, **excepto las condiciones sensibles que se indican a continuación.**
Nota: La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.
- Registros de condiciones sensibles.** Algunas leyes le permiten brindar 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 compartir un subgrupo de registros, como de 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) | |



Parte C. Descripción de la PHI que se compartirá (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 usa para cualquier otro fin 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 Florida. (Ver información a continuación).*

- En la fecha, evento o condición siguiente*:

* Se deberá notificar a AmeriHealth Caritas Florida del evento/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 e indicar la fecha en este formulario para que pueda procesarse.

Entiendo que esta autorización para compartir mi PHI es voluntaria y no es una condición para la inscripción en AmeriHealth Caritas Florida, derecho a los beneficios o pago de reclamos. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a AmeriHealth Caritas Florida 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 podrá seguir compartiendo mi PHI y es posible que no esté 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 se pueda compartir debido a esta autorización.

Autorización para compartir información médica



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 indicado anteriormente. (Un representante personal es una persona con 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 Florida o presentarse con este formulario).

Nombre en letra imprenta 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** (gratuito)

Anexo de la Autorización para compartir información médica

Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro indicado 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.

Motivo por el cual 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 imprenta:

Nombre del testigo en letra imprenta:

Firma del testigo:

Firma del testigo:

Fecha:

Fecha:



La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas o las trata de modo diferentes por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

AmeriHealth Caritas Florida:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos (sin costo), tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios sin cargo (sin costo) a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a AmeriHealth Caritas Florida al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que AmeriHealth Caritas Florida no ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera, usted o su representante autorizado (si contamos con su autorización escrita en nuestros archivos) puede presentar una queja formal ante:

- Grievance and Appeals, P.O. Box 7368, London, KY 40742. Teléfono: **1-855-371-8078 (TTY 1-855-371-8079)**. Fax: **1-855-358-5847**.
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Florida está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles (en inglés, *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

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

English: This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 hours a day, seven days a week. If your primary language is not English, or to request auxiliary aids, assistance services are available to you, free of charge.

Spanish: Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Póngase en contacto con nuestro número de servicios al cliente al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su idioma principal no es el inglés, o necesita solicitar ayudas auxiliares, hay servicios de asistencia a su disposición de forma gratuita.

Haitian Creole: Enfòmasyon sa yo disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte ekip sèvis kliyan nou an nan **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 è sou 24, sèt jou sou sèt. Si anglè pa lang manman w oswa si w ta renmen mande yon èd konplemantè, ou ka resevwa sèvis ki gratis pou ede w.

Vietnamese: Thông tin này có sẵn miễn phí ở các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Nếu ngôn ngữ chính của quý vị không phải là tiếng Anh, hoặc để yêu cầu các thiết bị trợ giúp bổ sung, thì quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ.