

Autorización para usar o revelar información médica protegida y confidencial

Yo, _____, en nombre de _____ (yo mismo/hijo menor de edad), doy mi permiso a NHP para divulgar y solicitar información médica protegida (PHI) específica sobre mí/mi hijo menor de edad con los siguientes propósitos (marque todos los que correspondan):

- ☐ Coordinación de la atención
- ☐ Evaluación estandarizada mejorada
- ☐ Solicitud de tratamiento residencial
- ☐ Reuniones del equipo de atención (incluidas soluciones creativas/complejas, consultas de atención)
- ☐ Queja sobre la calidad de la atención
- ☐ Otro: _____

Información del miembro sobre la cual se compartirá la PHI:

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

ID de Medicaid: _____ Dirección del domicilio: _____

Padre/madre/tutor/parte responsable (si corresponde): _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información que se divulgará o solicitará:

- ☐ Doy mi consentimiento para la divulgación de TODA la información que se indica a continuación
- ☐ Limitar la divulgación de información a lo siguiente (marque las casillas):
 - ☐ Notas de coordinación de la atención, incluidas las reuniones del equipo de atención
 - ☐ Resumen de la evaluación estandarizada mejorada
 - ☐ Información de elegibilidad para Medicaid
 - ☐ Información demográfica
 - ☐ Información sobre el consumo de drogas/alcohol
 - ☐ Diagnósticos
 - ☐ Evaluación/valoración (que no sea ESA)
 - ☐ Registros educativos
 - ☐ Historial legal y documentación
 - ☐ Información de custodia y tutela
 - ☐ Información de pruebas genéticas

- ☐ Registros completos de tratamiento médico, de salud mental y/o de trastornos por consumo de sustancias, **O seleccione componentes específicos:**
- ☐ Información de facturación y reclamos
 - ☐ Plan de tratamiento de salud mental
 - ☐ Información/registros relacionados con VIH/SIDA
 - ☐ Resumen de tratamiento de salud mental
 - ☐ Plan de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
 - ☐ Resumen de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias
 - ☐ Notas de progreso, verbales o escritas
 - ☐ Registros de sala de emergencias/atención de urgencia
 - ☐ Registros de atención primaria
 - ☐ Registros de atención especializada

Doy mi consentimiento para que la información especificada arriba se divulgue y/o se obtenga de los siguientes:

Nombre de la organización/persona(s)	Relación con el miembro	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Autorización y firma(s):

Esta autorización vence (seleccione una)

- ☐ Dos años a partir de la fecha de la firma
- ☐ En esta fecha específica o al ocurrir este evento: _____



Autorización para divulgar información

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones federales, incluidas HIPAA y 42 C.F.R. Parte 2, Confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

A menos que especifique lo contrario en este formulario, mi intención es que esta divulgación incluya todos los registros de trastornos por consumo de sustancias (SUD) que NHP mantiene y que me pertenecen. Entiendo que los registros de SUD están protegidos bajo las leyes y regulaciones de confidencialidad federales y estatales y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito a menos que las leyes y regulaciones dispongan lo contrario. Si di mi consentimiento para compartir información sobre VIH/SIDA, entiendo que puede estar contenida en los registros divulgados a la persona/organización mencionada(s) arriba.

Entiendo que puedo revocar esta aprobación en cualquier momento. Entiendo que no puedo cancelar esta aprobación cuando este formulario ya se ha usado para revelar información. También entiendo que el/los destinatario(s) de la información médica protegida puede(n) compartirla en algunas circunstancias y que entonces la información puede dejar de estar protegida por HIPAA. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado alguna acción basándose en él, y que mi revocación debe ser por escrito.

Entiendo que NHP y su organización de servicios administrativos, Rocky Mountain Health Plans, divulgarán información a fuentes de pago de terceros con el único propósito de facturar mi tratamiento. Esta divulgación se usará para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones. Como tal, NHP no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios a que yo firme esta autorización.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de esta autorización si no se me ofrece una.

Nombre del miembro

Nombre del padre/tutor legal/parte responsable (si aplica)

Firma del miembro/padre/tutor

Fecha

Firma del miembro/padre/tutor

Fecha

Si lo firma el representante personal del miembro, seleccione la autoridad legal del representante para actuar en nombre del individuo. NHP se reserva el derecho de solicitar documentación legal que demuestre esta autoridad:

- ☐ Padre/tutor legal
- ☐ Tutor designado por el tribunal/agente de atención médica
- ☐ Poder notarial médico
- ☐ Otro: _____