

Instrucciones

Formulario de consentimiento para divulgar información médica protegida (PHI)

Formulario de consentimiento para divulgar información médica protegida (PHI): Utilice este formulario para permitirnos compartir su información médica.

Por favor, complete este Formulario de consentimiento para divulgar información médica protegida para darnos su consentimiento para compartir su información médica.

Si tiene alguna pregunta sobre algo en el formulario, llame al número de teléfono que aparece en el formulario en la Parte 7, Sus derechos y datos importantes.

Después de completar el formulario, envíenoslo a la dirección o al número de fax que figura en el formulario en la Parte 7, Sus derechos y datos importantes.

Parte 1. ¿Quién es el paciente?

Esta es información sobre usted. Ingrese el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el número de identificación del paciente que le está dando a Magellan el consentimiento para compartir su PHI (información médica).

En la parte llamada "**Marque uno**", marque la casilla para indicarnos quién está completando el formulario.

- Si es usted, el paciente, marque la primera casilla.
- Si es alguien que la ley dice que puede actuar por usted, marque la segunda casilla. A continuación, marque la casilla para decirnos si usted es el padre o tutor/otro para el paciente. Si marca la casilla Tutor/otro, ponga su nombre y apellido en el espacio en blanco.

Parte 2. ¿Quién puede dar la PHI?

Esta es información sobre nosotros, Magellan Healthcare, Inc. Esta sección dice que podemos compartir su información médica una vez que usted diga que podemos hacerlo. No es necesario poner nada en esta sección.

Parte 3. ¿A quién se le puede dar la PHI?

Haga una lista de con quién podemos compartir su información médica. Escriba el nombre y apellido de la persona o el nombre del lugar que puede tener su PHI. También necesitamos el

número de teléfono y la dirección si lo conoce. **Solo incluya a una persona o un lugar en esta sección.**

Si desea que compartamos su información con más de una persona o lugar, deberá completar un formulario para cada uno.

Parte 4. ¿Qué PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la información médica que usted diga que podemos compartir. Esto puede ser información médica sobre sus medicamentos. También puede ser sobre su salud mental, tratamiento por consumo de alcohol o drogas. No cubre las notas de psicoterapia que no están en su archivo.

Escriba la información médica que nos permite compartir. Luego, marque las casillas si está bien que compartamos los tipos de información médica que figuran en el formulario.

Parte 5. ¿Por qué está dando esta PHI?

Por favor, díganos la razón por la que desea que compartamos su información de salud. Por ejemplo, puede decir cosas como "mi amigo/familiar me ayuda" o "Quiero que mis médicos me ayuden a manejar mi atención".

Parte 6. ¿Cuándo termina mi consentimiento?

Puede decirnos cuándo ya no podemos compartir su información médica.

- Marque la primera casilla e ingrese la fecha en que desea que se deje de compartir su información. Si no ingresa una fecha inferior a un (1) año, se dejará de compartir la información después de un (1) año desde que firme el consentimiento.
- Marque la segunda casilla si desea que se deje de compartir a partir de determinado evento. Complete cuál es el evento que debe terminar con el intercambio de su información. El evento puede ser algo como "puede compartir mi información solo esta vez" o "puede compartir mi información hasta que salga del hospital". El evento para finalizar su consentimiento debe ocurrir en menos de un (1) año desde que firmó el consentimiento.

Parte 7. Sus derechos y datos importantes

Por favor, lea esta parte del formulario lentamente. Habla sobre sus derechos y otros datos importantes, incluyendo a dónde enviar su formulario o llamar si tiene preguntas.

Parte 8. Firma del paciente

Aquí es donde firma su nombre y pone la fecha en que firmó el formulario. No podemos compartir su información médica si no firma y fecha el formulario.

Parte 9. Firma del representante autorizado (si corresponde)

Debe completar esta sección si usted no es el paciente que rellena el formulario. Debe estar firmado y fechado. Junto con el formulario, envíe una copia de la prueba legal de que puede actuar en nombre de la persona.