

## INSTRUCCIONES

### Cómo Completar el Formulario de Autorización para divulgar información médica protegida (AUD)

Formulario de Autorización para divulgar información médica protegida (PHI) – Use este formulario para permitirnos compartir su información médica.

Complete el Formulario de Autorización para divulgar información médica protegida (PHI) para darnos su autorización para compartir su información médica.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquier cosa en este formulario, llame al número de teléfono que aparece en la Sección 10 del Formulario.

#### **Sección 1. Miembro**

Esta es información sobre usted. Por favor, escriba su nombre, dirección y fecha de nacimiento. Incluya también el número de identificación de su tarjeta de identificación de Medicaid u otro seguro. Si no tiene seguro, puede dejar el campo en blanco.

En el área donde dice “Marque uno”, marque la casilla para indicarnos quién está completando el formulario.

- Si es usted, el miembro, marque la primera casilla.
- Si se trata de alguien que la ley dice que puede actuar por usted, marque la segunda casilla.

#### **Sección 2. ¿Quién puede divulgar la PHI?**

Esta es información sobre nosotros, Magellan Health, Inc. y sus subsidiarias y afiliadas. Esta sección dice que podemos compartir su PHI con su permiso.

#### **Sección 3. ¿A quién se le puede dar la PHI?**

Indique aquí la persona u organización con la que podemos compartir su PHI e incluya su número de teléfono y dirección, si la conoce.

#### **Sección 4. ¿Qué PHI podemos compartir?**

Solo compartiremos la información médica que usted nos autorice a compartir. Puede tratarse de información de salud sobre sus medicamentos. También puede tratarse de su salud mental, tratamiento para consumo de alcohol o drogas. No cubre las notas de psicoterapia que no están en sus registros médicos. Por favor, escriba la información de salud que nos está autorizando compartir.

#### **Sección 5. ¿Cuál es el motivo de la divulgación?**

Por favor, indíquenos la razón por la que se comparte la PHI del miembro. Si la divulgación de esta información es iniciada por usted, el miembro, puede indicar “A petición de la persona”.

#### **Sección 6. ¿Cuándo termina esta aprobación?**

Este formulario debe caducar en el plazo de 1 año. Al elegir una fecha de vencimiento

un evento, esto limita el tiempo en que podemos compartir su PHI. Marque una de las casillas e indique la fecha de vencimiento o el evento. Si elige un evento de vencimiento, debe estar relacionado con el propósito de la divulgación y debe ocurrir dentro de 1 año. Si elige una fecha de vencimiento, debe ser una fecha válida y no debe ser más de un año a partir de la fecha en que se completó el formulario. Puede retirar su aprobación en cualquier momento escribiendo a Magellan a la dirección que figura en la Sección 10 del Formulario de Autorización para divulgar información médica protegida.

**Sección 7. Sus derechos y datos importantes**

Por favor, lea toda la Sección 7, ya que explica sus derechos y otros datos importantes.

**Sección 8. Firma del miembro**

Aquí es donde firma con su nombre e indica la fecha en que firmó el formulario. No podemos compartir su información de salud si no firma y fecha el formulario.

**Sección 9. Firma del representante autorizado (si corresponde)**

Esta sección debe completarse si no es usted, el miembro, quien completa el formulario.

**Sección 10. A dónde enviar este formulario y hacer preguntas**

Esta sección proporciona formas de ponerse en contacto con nosotros.