

Magellan Healthcare Autorización para divulgar información médica protegida (PHI)

Entidad de Magellan:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Nombre de la cuenta y n.º de teléfono:

Información médica protegida (Protected Health Information, PHI) significa información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Estas leyes dicen que no podemos dar su PHI a cualquier otra persona que no sean sus médicos o Departamento de Salud y Bienestar de Idaho, a menos que usted dé su aprobación. Al firmar este papel, nos da su aprobación. Solo le daremos la PHI que usted diga que podemos compartir. Y solo se la daremos a las personas o agencias que enumere. ¿Tiene preguntas? Podemos ayudarle. Llámenos al _____.

1 Miembro	Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	
	Número de identificación			Número de teléfono	
	Dirección	Ciudad		Estado	Código postal

Por favor, marque UNO:

Yo soy el miembro –O--

Tengo el derecho legal de actuar en nombre de esta persona. (Marque abajo; si seleccionó "otro" rellene el espacio en blanco)

Soy su: Padre Tutor Otro _____

2 ¿Quién puede divulgar la PHI?	Magellan Health, Inc. puede dar su PHI. Magellan Health, Inc. maneja su salud mental y/o trastorno por uso de sustancias para _____
--------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3 ¿A quién se le puede dar la PHI?	Nombre (individuo o clase de personas como "miembros de la familia que residen conmigo")		Organización (si corresponde)		
	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

Magellan Healthcare Autorización para divulgar información médica protegida (PHI)

4 ¿Qué PHI podemos compartir?	Solo compartiremos la PHI que usted autorice. Esta autorización incluye datos sobre sus medicamentos. También incluye datos sobre su salud mental y/o trastorno por uso de sustancias que se encuentran en sus registros. No cubre las notas de psicoterapia que no están en sus registros médicos. Sea específico y díganos la información médica de sus registros que se puede compartir. Indique las fechas y los lugares de servicio de la información que solicita que se divulgue.
5 ¿Cuál es el propósito de la divulgación?	Díganos por qué desea que compartamos su PHI.
6 ¿Cuándo termina esta autorización?	Su autorización terminará cuando usted nos lo diga. Díganos cuándo quiere que termine su autorización: *Marque una opción: <input type="checkbox"/> Mi autorización termina el _____ (Nota: No puede pasar más de un año desde su aprobación). --O bien-- <input type="checkbox"/> Mi autorización termina cuando: _____ (Puede ser algo como “Puede compartir mis registros de consejería esta vez” y debe suceder dentro de un año a partir de la fecha en que firma este formulario).
7 Sus derechos y datos importantes	<ul style="list-style-type: none">• Dar su autorización depende de usted. No es necesario que comparta su información.• No es necesario que apruebe este documento. De todos modos, recibirá beneficios y tratamiento.• Puede retirar su autorización. Debe comunicárnoslo por escrito. Envíelo por correo a la dirección que figura en la Sección 10 a continuación.• ¿Qué sucede si retira su autorización? Esto no retirará la PHI que ya hemos compartido. Sin embargo, no compartiremos más de su PHI.• Si compartimos su PHI con las personas u organizaciones que usted nombró, es posible que estas la compartan con otras personas. No todo el mundo tiene que seguir las reglas de privacidad.• Usted tiene derecho a obtener una copia de este documento de autorización firmado. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número de teléfono que aparece en la Sección 10 a continuación.• Si no entiende algo de lo que hay en este formulario o si tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame al número de teléfono que figura en la Sección 10 abajo.

Magellan Healthcare Autorización para divulgar información médica protegida (PHI)

SE REQUIERE UNA FIRMA Y FECHA EN LAS SECCIONES 8 O 9 DE ABAJO

8	Doy mi autorización para compartir la información que figura en este documento. Firma o marca (obligatorio):		Fecha (obligatorio):
9	Representante autorizado significa que usted tiene pruebas legales de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el miembro es menor de 18 años de edad, un padre o tutor debe firmar por el menor donde la ley estatal lo permita.		
Firma del representante autorizado	Firma (obligatoria):		Fecha (obligatorio):
Firma del representante autorizado	Nombre impreso:		Número de teléfono:
Firma del representante autorizado	Por favor, indíquenos su prueba legal para actuar en nombre de esta persona. Es posible que le pidamos que nos envíe pruebas.		
10	Después de completar y firmar este formulario, envíenoslo a la dirección que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, las formas de contactarnos se encuentran a continuación. Debe obtener una copia de este formulario. Recuerde que PHI significa información sobre su salud en el pasado, presente o futuro. Eso también incluye la dirección y fecha de nacimiento. Una definición completa de PHI se encuentra en 45 CFR 160.103.		
A dónde enviar este formulario y hacer preguntas (SOLO PARA USO DE MAGELLAN)	Dirección para correspondencia:	Dirección de correo electrónico:	
A dónde enviar este formulario y hacer preguntas (SOLO PARA USO DE MAGELLAN)	Número de teléfono:		Número de fax:

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Este registro que se le ha revelado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de este registro a menos que la divulgación posterior esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se está divulgando en este registro o, esté permitida de otra manera por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (consulte §2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§2.12(c)(5) y 2.65.