



2	<b>A QUIÉN SE LE PUEDE DAR SU PHI</b>													
	Complete el nombre de la persona Y/O la organización con la que podemos compartir su PHI.													
	<b>Nombre</b> (puede ser una persona O un grupo específico de personas, como “Centros de tratamiento residencial psiquiátrico que puedan proporcionar el cuidado necesario”).													
	<b>Organización o entidad</b> (si no es una persona)													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Dirección</th> <th style="width: 15%;">Ciudad</th> <th style="width: 10%;">Estado</th> <th style="width: 10%;">Código postal</th> <th style="width: 15%;">Número de teléfono</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono										
OBLIGATORIO														
<p><b>Nota para datos sobre trastornos por consumo de sustancias:</b> Si desea que este sea un consentimiento único que se aplique a todos los usos y divulgaciones futuros para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, puede decir “mis proveedores de tratamiento, planes de salud, terceros pagadores y personas que ayudan a administrar mi atención o beneficios” o algo similar.</p> <p>Por favor, marque aquí si desea que esto se aplique a todos los usos y divulgaciones futuros para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica solo para información sobre trastornos por consumo de sustancias. Si está de acuerdo con esto, compartiremos la PHI sobre trastornos por consumo de sustancias con la persona u organización que se indica arriba.</p>														

3	<b>RAZÓN POR LA QUE DESEA QUE COMPARTAMOS SU PHI</b>				
	<b>Nota para datos sobre trastornos por consumo de sustancias:</b> Decir “ <i>Para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica</i> ” está bien cuando nos da su consentimiento una sola vez para todos los futuros usos o divulgaciones de este tipo.				
	Díganos por qué desea que compartamos su PHI. Necesitamos saber la razón. Algunos ejemplos podrían ser “para que las personas trabajen juntas en mi atención” o “para que me ayude con mi apelación” o “para mi caso en el tribunal” o “para compartir mi historial de reclamos”.				
OBLIGATORIO					

<b>4</b>  <b>OBLIGATORIO</b>	<b>COMPARTIR ESTA PHI SOBRE MÍ (marque una o más opciones)</b>									
	Solo compartiremos la PHI que usted autorice. Este consentimiento incluye los datos de que disponemos sobre la atención que recibe o recibió para su salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias, incluidos los medicamentos. No cubre las notas de psicoterapia que no están en sus registros médicos. Marque la(s) casilla(s) para indicarnos qué información específica sobre salud mental y/o trastorno por consumo de sustancias de sus registros podemos compartir.									
		<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Información de reclamos</td> <td>Incluye información relacionada con el pago de Magellan de reclamos por servicios recibidos, incluida la información ubicada en un formulario de reclamo (es decir, monto facturado, descripciones generales de procedimientos, motivos de denegación, etc.).</td> </tr> <tr> <td>Información sobre la determinación de beneficios</td> <td>Incluye información relacionada con las decisiones de beneficios previos al servicio, concurrentes y posteriores al servicio tomadas por Magellan.</td> </tr> <tr> <td>Registro completo del miembro</td> <td>Incluye todos los datos que Magellan tiene sobre usted en nuestro sistema.</td> </tr> <tr> <td><b>Otro; por favor, indíquenos de una manera muy específica</b></td> <td>Algunos ejemplos podrían ser: detalles sobre su apelación, datos sobre su historial de servicios anteriores o PHI sobre su atención actual.</td> </tr> </table>	Información de reclamos	Incluye información relacionada con el pago de Magellan de reclamos por servicios recibidos, incluida la información ubicada en un formulario de reclamo (es decir, monto facturado, descripciones generales de procedimientos, motivos de denegación, etc.).	Información sobre la determinación de beneficios	Incluye información relacionada con las decisiones de beneficios previos al servicio, concurrentes y posteriores al servicio tomadas por Magellan.	Registro completo del miembro	Incluye todos los datos que Magellan tiene sobre usted en nuestro sistema.	<b>Otro; por favor, indíquenos de una manera muy específica</b>	Algunos ejemplos podrían ser: detalles sobre su apelación, datos sobre su historial de servicios anteriores o PHI sobre su atención actual.
	Información de reclamos	Incluye información relacionada con el pago de Magellan de reclamos por servicios recibidos, incluida la información ubicada en un formulario de reclamo (es decir, monto facturado, descripciones generales de procedimientos, motivos de denegación, etc.).								
	Información sobre la determinación de beneficios	Incluye información relacionada con las decisiones de beneficios previos al servicio, concurrentes y posteriores al servicio tomadas por Magellan.								
Registro completo del miembro	Incluye todos los datos que Magellan tiene sobre usted en nuestro sistema.									
<b>Otro; por favor, indíquenos de una manera muy específica</b>	Algunos ejemplos podrían ser: detalles sobre su apelación, datos sobre su historial de servicios anteriores o PHI sobre su atención actual.									

<b>5</b>  <b>OBLIGATORIO</b>	<b>¿CUÁNDO TERMINARÁ SU CONSENTIMIENTO?</b>	
	Su consentimiento terminará cuando nos lo indique. Necesitamos que nos diga una fecha o un evento en el que termine su consentimiento. Por favor, marque una opción:	
		<b>Mi consentimiento termina en un año a partir de la fecha en que firmo a continuación.</b>
		<b>Mi consentimiento termina en esta fecha:</b>  <b>Nota: No puede ser más de un año a partir de la fecha en que firme a continuación.</b>
		<b>Mi consentimiento termina cuando suceda lo siguiente:</b>  <b>(Puede ser algo como “cuando se termine mi apelación”, pero debe suceder dentro de 1 año).</b>
Si no se selecciona una opción o el final de su consentimiento que se indica en esta sección es mayor a un año, su consentimiento terminará en un año a partir de la fecha en que se firme este formulario.		

**6 SUS DERECHOS Y DATOS IMPORTANTES**

- Dar su consentimiento depende de usted. No tiene que compartir su información.
- No tiene que aprobar este documento. De todos modos, recibirá beneficios y tratamiento.
- Puede retirar su consentimiento. Debe comunicárnoslo por escrito. Envíelo por correo a la dirección que se indica en la Sección 9 a continuación. Esto no recuperará la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, no compartiremos más de su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas u organizaciones que usted nombró, es posible que la compartan con otras personas. No todos tienen que seguir las reglas de privacidad.
- Debe guardar una copia de este consentimiento firmado. Si necesita otra copia, llame a Magellan al número de teléfono que aparece en la Sección 9 a continuación y le enviaremos una copia.
- Si no entiende algo de lo que se dice en este formulario o si tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame al número de teléfono que se indica en la Sección 9 a continuación.
- Para los datos sobre trastornos por consumo de sustancias: Si la persona o grupo que se menciona en la Sección 2 anterior es una entidad cubierta o un socio comercial y obtiene su información por motivos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, su información puede ser compartida de nuevo por ellos siempre y cuando sigan los permisos de la normativa HIPAA, excepto en el caso de usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos contra usted.

<b>OBLIGATORIO</b>	<b>7 FIRMA DEL MIEMBRO</b>	
	Doy mi consentimiento para compartir la información enumerada con la persona u organización que se indica en este documento. Si no firma, no podemos aceptar este documento. En algunos estados, los niños con edad suficiente son los que tienen que firmar para que podamos compartir su PHI sobre salud mental y trastornos por consumo de sustancias.	
	Firma o marca (*OBLIGATORIO*)	
	Fecha (*OBLIGATORIO*)	

<b>OBLIGATORIO (si corresponde)</b>	<b>8 FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO</b>	
	Representante personal autorizado significa que usted tiene prueba legal de que puede actuar en nombre de esta persona. Si el representante personal autorizado no firma, no podemos aceptar este documento.	
	Firma (*OBLIGATORIO*)	
	Nombre en letra de imprenta (*OBLIGATORIO*)	
	Fecha (*OBLIGATORIO*)	
Por favor, indíquenos su prueba legal para actuar en nombre de esta persona. Es posible que le pidamos que nos envíe una prueba. (*OBLIGATORIO*)		

<b>9 A DÓNDE ENVIAR ESTE DOCUMENTO Y HACER PREGUNTAS</b>	
Después de llenar y firmar este documento, envíenoslo de una de las maneras que se indican a continuación. Si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, puede utilizar cualquiera de estas formas para comunicarse con nosotros. Recuerde que PHI significa información sobre su salud en el pasado, presente o futuro. También incluye datos como su dirección y fecha de nacimiento. Una definición completa de PHI se encuentra en 45 CFR 160.103	
Dirección postal (preferido) Magellan Healthcare, Inc. P.O. Box 1659 Maryland Heights, MO 63043	Dirección de correo electrónico (no preferido; el correo electrónico puede no ser un método seguro) IdahoAUD@magellanhealth.com
	Número de fax (preferido) (888) 656-2585

### AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Este registro que se le ha divulgado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Estas reglas le prohíben usar o divulgar este registro, o una declaración testimonial que describa la información contenida en este registro, en cualquier proceso civil, penal, administrativo o legislativo iniciado por cualquier autoridad federal, estatal o local contra el paciente, a menos que esté autorizado por el consentimiento del paciente, excepto lo dispuesto en 42 CFR 2.12 (c) (5) o lo autorizado por un tribunal de acuerdo con 42 CFR 2.64 o 2.65. Además, las reglas federales le prohíben hacer cualquier otro uso o divulgación de este registro excepto que se cumpla por lo menos una de las siguientes condiciones:

- (i) El uso o divulgación posterior está expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona física cuya información se divulga en este registro o según lo permitido por 42 CFR parte 2.
- (ii) Usted es una entidad cubierta o un socio comercial y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica,  
o
- (iii) Ha recibido el registro de una entidad cubierta o socio comercial según lo permitido por 45 CFR parte 164, subpartes A y E.

## INSTRUCCIONES

### **ASEGÚRESE DE QUE TODAS LAS SECCIONES DEL FORMULARIO ESTÉN COMPLETAS O SE LE DEVOLVERÁ EL FORMULARIO YA QUE NO PODREMOS COMPLETAR LA SOLICITUD**

#### **Sección 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Esta es información sobre el paciente cuya Información médica protegida (PHI) se utilizará o divulgará. Por favor, escriba en letra de imprenta:

- nombre del paciente;
- dirección; y
- fecha de nacimiento

Incluya también el nombre del plan de salud del paciente y el número de identificación del paciente/miembro de su tarjeta de identificación. Si no se conoce el número de identificación del miembro, escriba "desconocido" o "N/A".

En el campo debajo de la sección de Información del paciente *“Autorizo el uso o la divulgación de la PHI sobre la persona nombrada más arriba”*, marque una (1) opción para:

- identificar que la persona que completa el formulario es la persona (paciente) que figura en la Sección 1, **O**
- un representante personal (*si es necesario, consulte la Sección 8 para leer la definición de representante personal*) del paciente mencionado en la Sección 1.

#### **Sección 2. A QUIÉN SE LE PUEDE DIVULGAR LA PHI**

Esta sección identifica a la persona u organización que recibirá u obtendrá la PHI de la persona mencionada en la Sección 1- Agregue el nombre O la organización que desea recibir su PHI.

- Esta información ayudará a limitar la divulgación de la PHI solo a la persona u organización indicada.

Si usted tilda el casillero, esta sección permite que exista un único consentimiento escrito para todas las divulgaciones futuras para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica solo para información sobre trastorno por consumo de sustancias.

- Si elige marcar este casillero, describa al destinatario de la PHI como *“mis proveedores de tratamiento, planes de salud, terceros pagadores y personas que ayudan a administrar mi atención o beneficios”* o una declaración similar.

#### **Sección 3. PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE LA PHI**

Esta sección nos explica por qué desea compartir su información. Indique la razón por la que se divulga la PHI. Si la divulgación de esta información es iniciada por usted, el paciente, puede indicar *“A pedido de la persona”* si no desea proporcionar una razón específica. Si no se proporciona ninguna razón para compartir la PHI, el formulario se devolverá por ser deficiente.

#### **Sección 4. DIVULGAR ESTA PHI SOBRE MÍ (marque una o más opciones)**

Esta sección nos indica el tipo de información (PHI) que debemos divulgar. Especifique el tipo de información cuya divulgación solicita:

- Seleccione de las cuatro (4) opciones enumeradas.
- Si selecciona “Otro”, asegúrese de brindar una explicación de la PHI que desea que se divulgue. Si no se brinda una explicación, no sabremos qué compartir y el formulario se devolverá por ser deficiente.

#### **Sección 5. VENCIMIENTO**

Esta sección nos indica cuándo dejar de divulgar la PHI solicitada. **Elija una (1) sola opción para informarnos cuándo desea que venza su autorización.**

- Si elige una *fecha de vencimiento*, debe ser una fecha válida (mes, fecha y año) y no debe ser más de un año después de la fecha en que se completó el formulario.
- Si elige un *hecho que indica el vencimiento*, debe estar relacionado con el propósito de la divulgación y debe ocurrir dentro de 1 año contado a partir de la fecha en que se firma el formulario de autorización.
  - Al elegir una fecha de vencimiento O un hecho, esto limita el período de tiempo durante el cual se puede divulgar su PHI.
- Si no se selecciona ninguna de las tres opciones, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha de firma en las Secciones 7 u 8, según corresponda.

#### **Sección 6. SUS DERECHOS Y DATOS IMPORTANTES**

Esta sección proporciona sus derechos. Por favor, lea esta sección en su totalidad, ya que explica sus derechos y otra información importante.

#### **Sección 7. FIRMA DEL PACIENTE**

Aquí deberá firmar con su nombre y proporcionar la fecha en que firmó el formulario.

- Su PHI no puede ser divulgada si usted no **firma Y fecha** el formulario.
- Recuerde, en muchos estados los menores que cumplieron determinada edad pueden tener el control del acceso a la información sobre sus servicios de salud mental y/o de trastornos por consumo de sustancias. En estos casos, el propio menor tendría que firmar el formulario de autorización.

#### **Sección 8. FIRMA DEL REPRESENTANTE PERSONAL AUTORIZADO**

Esta sección nos indica quién es la persona que puede actuar en su nombre. Si corresponde, haga que el representante personal firme en esta sección.

- El representante personal autorizado tiene la facultad legal para actuar en nombre del paciente.
- **Proporcione documentación que demuestre la facultad legal.**
  - Ejemplo: ■ Poder notarial para la atención médica ■ Tutela

#### **Sección 9. A DÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO o HACER PREGUNTAS**

Esta sección proporciona información de contacto para saber a dónde enviar el formulario O a quién dirigir preguntas en caso de que las tenga.