

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

Complete este formulario para autorizar a Sentara Health Plans a usar o divulgar su información sobre el trastorno por uso de sustancias a personas o entidades con las que puede o no tener una relación de tratamiento.

*** Envíe este formulario por correo a: Director of Compliance, Sentara Health Plans, PO Box 66189 Virginia Beach, VA 23466 o envíe un correo electrónico a: shpprivacy@sentara.com

Declaración de privacidad: Tenga en cuenta que el correo electrónico y los mensajes de texto pueden ser interceptados en su transmisión o desviados.

Complete la información demográfica de la persona cuya información sobre el trastorno por uso de sustancias está siendo autorizada:

1. _____ 2. _____/_____/_____
Nombre Fecha de nacimiento
3. _____ 4. _____
Nro. de id. de miembro o los últimos 4 dígitos del Número de teléfono
número de SSN

¿A quién autoriza a divulgar la información sobre el trastorno por uso de sustancias?

5. _____
Nombre de la persona o entidad que ENVIARÁ la información del trastorno por uso de sustancias

¿A quién autoriza a utilizar o recibir la información sobre el trastorno por abuso de sustancias?

6. _____
Nombre de la persona o entidad que RECIBIRÁ la información del trastorno por uso de sustancias
7. _____
Título de la persona o entidad que RECIBIRÁ la información sobre el trastorno por uso de sustancias
8. _____
Domicilio de la persona o entidad que RECIBIRÁ la información sobre el trastorno por uso de sustancias

9. Relación que esta persona o entidad tiene con usted:

- Proveedor Centro de tratamiento Otro: _____

10. Sin relación Si no hay relación, proporcione el nombre de la persona o entidad en esta ubicación con quién mantiene una relación: _____

Deseo proporcionar un DESTINATARIO general (consulte la sección 6b de las instrucciones) para recibir la información sobre el trastorno por uso de sustancias. Comprendo que puedo solicitar una Lista de divulgaciones que es una lista de personas o entidades que recibieron información sobre mi trastorno por uso de sustancias.

11. Marque la casilla correspondiente para indicar el propósito del uso o la divulgación:

A solicitud mía Otros Especificar: _____

¿Cuánto y qué tipo de información sobre el trastorno por uso de sustancias se puede utilizar o divulgar?

12. Marque la casilla correspondiente para indicar qué información del trastorno por uso de sustancias puede ser usado/divulgado:

- Evaluación/resultados de la evaluación Demografía Medicaciones
 Laboratorios/pruebas de diagnóstico Resumen del alta Nivel de alcohol en sangre
 Estado del tratamiento Resultados de análisis de orina Reclamos
 Recomendaciones de tratamiento Sustancias utilizadas Autorizaciones
 Coordinación de servicios/atención
 Otro (consulte la sección 7 de las instrucciones) _____

13. Especifique el periodo de divulgación de la información:

- Toda la información poseída en el momento de la divulgación
 Información de _____/_____/_____ a _____/_____/_____

14. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta:

- el evento o la fecha que especifique
- dos (2) años a partir de la fecha de la firma
- la fecha en que retire su permiso

(a.) Evento de finalización de la autorización: _____

(b.) Fecha de finalización de la autorización: _____/_____/_____

Complete y firme esta autorización para los registros de trastornos por uso de sustancias:

Acepto que la información que se usará o divulgará como resultado de esta autorización puede incluir registros que están protegidos por otras leyes federales o estatales aplicables al trastorno por uso de sustancias. **AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS.** El destinatario de la información sobre el trastorno por uso de sustancias divulgada como resultado de

esta autorización necesitará mi autorización previa por escrito para volver a divulgar esta información, con la excepción de los propósitos para llevar a cabo actividades de pago y de atención médica, mediante las cuales se divulgará la información mínima necesaria. La información sobre el trastorno por uso de sustancias puede divulgarse sin el consentimiento del paciente a los gobiernos federales, estatales y locales para permitir auditorías y evaluaciones. El título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), artículo 2.32, restringe todo uso de esta información para investigar o procesar penalmente a un paciente con abuso de alcohol o drogas.

Acepto que comprendo lo siguiente:

- Tengo derecho a revisar la información que se usa o divulga.
- No tengo que completar esta autorización y mi negativa no afectará mis beneficios, a menos que esta autorización sea necesaria para determinar mis beneficios.
- Existe el riesgo de que el destinatario de la información usada o divulgada conforme a esta autorización la vuelva a divulgar y que las leyes federales de privacidad ya no la protejan.
- Tengo derecho a obtener una Lista de divulgaciones si solicité que la información se divulgue a una persona o entidad general frente al nombre específico de una persona o entidad.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, debo completar y enviar un formulario de «Revocación de autorización» a Sentara Health Plans, excepto en la medida en que el programa de la Parte 2 u otro titular legal de la información de la Parte 2 haya actuado en función del consentimiento).
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

15. _____ / / _____
Firma del miembro Mes Día Año

O

16. _____ / / _____
Representante Designado** Mes Día Año

***Adjunte una copia del documento legal correspondiente a la autoridad otorgante*

Esta información le ha sido divulgada a partir de registros protegidos por las reglas federales de confidencialidad (título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información en este registro que identifique a un paciente como si tuviera o hubiera tenido un trastorno por uso de sustancias, ya sea de forma directa, por referencia a información disponible al público o por verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida mediante el consentimiento escrito de la persona cuya información esté siendo divulgada, o según lo permita el título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo *NO* es suficiente para este fin (ver sección 2.31). Las reglas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto lo dispuesto en las secciones 2.12(c) (5) y 2.65.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN

1. ESCRIBA la información con pluma para que sea fácil de leer. No omita ningún paso. Escriba toda la información de la manera más completa posible.
2. Artículos 1, 2, 3 y 4: Este es su nombre, fecha de nacimiento, los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social o su número de miembro de Sentara Health Plans, y su número de teléfono.
3. Artículo 5: El nombre de la persona o entidad que tiene su información y desea que se divulgue.
4. Artículos 6, 7 y 8: Es el nombre, el domicilio y el título de la persona o entidad que debe usar o recibir su información.
5. Artículos 9 y 10: Si su información va a ser recibida o se recibe de una persona o entidad tratante, indique la relación. Si no tiene una relación de tratamiento con la persona o entidad nombradas, proporcione el nombre de alguien con quien tenga una relación de tratamiento y que se encuentre en esta misma ubicación o con esta misma entidad. Ejemplo: La entidad es Smith Hospital, en el que nunca ha estado, pero el médico John Smith es su proveedor tratante. Usted incluiría a Smith Hospital en el número 9 y al médico John Smith en el número 10.

Si desea presentar su información a un destinatario general, puede solicitar una Lista de divulgaciones para las divulgaciones realizadas dentro de un plazo de 2 años. Un ejemplo de un destinatario general es la práctica en algún lugar. En esta práctica, hay varios médicos que usted acepta que pueden ver la información sobre el trastorno por uso de sustancias.

6. Artículo 11: Esta es una descripción del propósito de Sentara Health Plans para brindar la información a otra persona. Ejemplo: «Revisión de los reclamos pagados al médico Smith».
7. Artículo 12: Esta es la información que desea que se le provea. La sección «otros» le permite proporcionar una descripción específica de la información médica o el nombre de los documentos que no están en la lista de verificación. Ejemplo: «Reclamos para el médico Smith del 2/1/2009 al 2/1/2010».
8. Artículo 13: Esto le permite determinar el plazo de la información. Ejemplo: «Reclamos para el médico Smith del 2/1/2009 al 2/1/2010».
9. Artículo 14: Esto le permite determinar cuándo desea que expire este formulario. Si no pone una fecha, esta autorización expirará en dos (2) años a partir de la fecha firmada.
10. Artículos 15 y 16: Esta es su firma o la firma de la persona que tiene la autoridad para firmar este tipo de documento en representación suya. SOLO complete el número 16 Si alguien que no sea usted ha firmado el formulario.

SI TIENE PREGUNTAS: Llame a Servicios al Miembro al número de teléfono que se encuentra en el reverso de la tarjeta de id. de Sentara Health Plans si tiene alguna pregunta o inquietud sobre este formulario de autorización.