

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)
(Este formulario es para una única divulgación de información a un miembro o a un tercero).

SECCIÓN A: INFORMACIÓN BÁSICA *Complete con información sobre el tema de los registros médicos:*

Nombre del miembro: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Número de id. del miembro: _____ Número de ID: _____

SECCIÓN B: INSTRUCCIONES PARA EL ACCESO *Complete para brindar detalles sobre el acceso solicitado:*

1. ¿Qué información debe copiarse y divulgarse/revisarse?

Reclamos Elegibilidad para reclamos/Beneficios Gestión de casos/Coordinación de atención

(Insertar las fechas de servicio sobre el que se divulgará la información) _____

Acepto que, salvo que marque la casilla a continuación, la información que solicito que se use/divulgue puede contener información sobre tratamiento para trastornos por uso de sustancias, salud mental, VIH/sida o infecciones de transmisión sexual (ITS), o pruebas genéticas. NO autorizo la divulgación de la información indicada en este párrafo.

2. ¿Cómo le gustaría que se entregaran los registros?

Servicio postal de los EE. UU. Correo electrónico cifrado

3. ¿Dónde le gustaría que se entregaran los registros?

A mí (el miembro), en el domicilio/correo electrónico/fax indicado anteriormente.

A mí (el miembro) en el siguiente domicilio/correo electrónico/fax:

 A un tercero:

Nombre del individuo/de la organización: _____

Parentesco y propósito: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Aviso a la parte que recibe la información sobre el abuso de drogas/alcohol: 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 esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por la parte 2 del título 42 del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

Prohibición de la redivulgación: las reglas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a un miembro con abuso de alcohol o drogas. Esta información es confidencial y está protegida por la ley federal. Toda otra divulgación está estrictamente prohibida a menos que el paciente brinde un consentimiento escrito específico para la posterior divulgación de esta información. Esta autorización está sujeta a la revocación del paciente en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Si no se revoca con anterioridad, este consentimiento caducará (marcar una opción):

30 días Otros: _____

Especificar la fecha o el evento

Firmo voluntariamente esta autorización y comprendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario. También comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Asimismo, entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito. Comprendo que mi revocación o modificación de esta autorización no afectará ninguna acción tomada por la entidad en virtud de esta autorización antes de recibir mi solicitud de revocación o modificación. Debo firmar mi solicitud por escrito y enviarla a Sentara Health Plans, Atención: Director of Compliance, PO Box 66189, Virginia Beach, VA 23466.

SECCIÓN C: FIRMA

Firma del miembro o representante personal (p. ej. tutor, poder notarial médico)

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Si lo firma el representante personal,
especificar la relación con el miembro

ENVIAR EL FORMULARIO (SECCIONES A, B y C COMPLETADAS) A:

Sentara Health Plans
Atención: Director of Compliance
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.