Sentara Health Plans

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR Y OBTENER INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

(Este formulario se usa para solicitar el envío de una copia del registro de seguro médico del miembro al miembro o a un tercero).

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

1. _____ 2. _____
Nombre del miembro — Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

3. _____ 4. _____
Número de id. del miembro — Número de teléfono (especifique si es un teléfono celular)

5. _____
Dirección, ciudad, estado, código postal

SECCIÓN B: ¿QUÉ INFORMACIÓN DESEA QUE SE DIVULGUE/COMPARTA?

1. **¿Qué información puede copiarse y divulgarse/compartirse?** *Obligatorio*

☐ Reclamos ☐ Elegibilidad ☐ Gestión de casos/coordinación de atención

Período o fecha de la información que se divulgará: *(Las fechas deben ser pasadas. No se incluyen fechas futuras):*

Desde_____(mes/año) Hasta _____ (mes/año)

Acepto (comprendo) que la información que solicito que se divulgue (comparta) puede contener información sobre tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, salud mental, VIH/sida o infecciones de transmisión sexual (ITS), o información sobre pruebas genéticas. Si no desea divulgar (compartir) esta información, marque la casilla a continuación.

☐ NO autorizo la divulgación de información sobre el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias, salud mental, VIH/sida, infecciones de transmisión sexual (ITS), o información sobre pruebas genéticas.

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

☐ Servicio Postal de los (EE. UU.) ☐ Correo electrónico cifrado

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

☐ A mí (el miembro) al domicilio o la dirección de correo electrónico indicados anteriormente.

☐ A mí (el miembro) al siguiente domicilio o la siguiente dirección de correo electrónico:

☐ A un tercero (alguien que no sea el miembro):

Nombre del individuo/de la organización: _____

Relación y propósito: _____

Domicilio:_____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

***Aviso a la parte que recibe la información sobre el abuso de drogas/alcohol**:* En la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) se prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros.

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 cancelación del paciente en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones.

Firmo voluntariamente esta autorización y comprendo que mi atención médica no se verá afectada si no firmo este formulario. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Comprendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento al completar y enviar un formulario de "Revocación de autorización" a Sentara Health Plans. Debo firmar mi solicitud por escrito y enviarla a Sentara Health Plans, Atención: Director of Compliance, PO Box 66189, Virginia Beach, VA 23466.

La cancelación de mi autorización no se aplicará a la información que se divulgó (compartió) anteriormente.

SECCIÓN C: FIRMA

_____ _____

Firma de la persona que recibe los servicios o del representante legal designado** Fecha (MM/DD/AAAA)
(**Proveer documentos legales)

_____ _____

Nombre en letra de imprenta

Si lo firma el representante legal, especificar la relación con el miembro.

ENVIAR EL FORMULARIO (SECCIONES A, B y C COMPLETAS) 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.