



Health Partners Plans

## Consentimiento para la divulgación de información confidencial

Este formulario autoriza a Health Partners Plans (HPP) a usar o compartir tu información médica con otros proveedores/organizaciones de atención médica. Este formulario te permite dar tu consentimiento para compartir tu información confidencial.

### Instrucciones

#### Parte 1: Tu información

Esta sección debe nombrar al miembro de HPP cuya información médica se compartirá y/o divulgará al proveedor de atención médica autorizado. Escribe tu nombre, fecha de nacimiento, dirección en el archivo, número de teléfono y número de identificación de miembro.

#### Parte 2: ¿Quién está autorizado para recibir tu información?

Esta sección debe enumerar los proveedores/organizaciones autorizados que discutirán tu información médica con HPP.

#### Parte 3: ¿Qué información se puede compartir?

Esta sección debe indicar qué información médica HPP puede compartir y/o divulgar a los proveedores/organizaciones autorizados.

#### Parte 4: Fecha de vigencia

Este consentimiento entrará en vigencia de inmediato y permanecerá vigente desde la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha diferente.

#### Parte 5: Firmas

Se requiere tu firma. Si no puedes firmar, un representante personal o legal puede firmar en tu nombre. Los padres o tutores de menores serán confirmados utilizando información del estado. Un representante personal como un albacea o alguien con un poder notarial puede firmar su nombre en el lugar del miembro. Antes, los documentos legales que prueben la autoridad del representante personal en nombre del miembro **DEBEN** estar adjuntos o archivados en HPP; de lo contrario, la firma del representante personal no será válida y este formulario **NO** se procesará. Es posible que otros profesionales de atención médica y testigos necesiten firmar este formulario.

Completa TODAS las secciones. Si la información en este formulario no está completa, HPP devolverá el formulario y no aprobará esta solicitud.

### Cómo devolver el formulario

Devuelve este formulario a la siguiente dirección o envíalo por fax al número de teléfono que figura a continuación.

**Health Partners Plans  
HIPAA Privacy Services  
901 Market Street, Suite 500  
Philadelphia, PA 19107  
o al  
Fax: 267-515-6666**

Si tienes alguna pregunta o necesitas ayuda para completar este formulario, llama a Servicios para Miembros al **1-888-477-9800** (TTY 1-877-454-8477), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Guarda una copia de este consentimiento y las instrucciones para tus registros.**



Health Partners Plans

## Consentimiento para la divulgación de información confidencial

Parte 1: Tu información			
Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	
N.º de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de teléfono ( )	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Parte 2: ¿Quién está autorizado para recibir tu información?	
<b>Tu consentimiento permite que HPP y los proveedores de atención médica que eliges compartan registros e información sobre tu salud. Compartir información ayudará a HPP y a otros profesionales de atención médica a brindarte una mejor atención.</b>	
<b>Organización de atención administrada de salud conductual (BH-MCO)</b> Nombre de la organización/dirección/número de teléfono:	<b>Proveedor de salud conductual</b> Nombre/dirección/número de teléfono:
<b>Proveedor de atención primaria (PCP)</b> Nombre/dirección/número de teléfono:	<b>Otra entidad de atención médica</b> Nombre/dirección/número de teléfono:
<b>Especialista de salud física</b> Nombre/dirección/número de teléfono:	<b>Otra entidad de atención médica</b> Nombre/dirección/número de teléfono:

Parte 3: ¿Qué información se puede compartir?	
<b>Tu información de salud física y mental también se compartirá si firmas este formulario. Si tus registros tienen información sobre el tratamiento de drogas y/o alcohol, puedes aceptar compartir esta información con los proveedores enumerados en la Parte 2 de este formulario.</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales _____	Autorizo la divulgación de toda la información sobre el tratamiento de drogas y/o alcohol que está en mis registros para compartirla con los proveedores enumerados en la Parte 2.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Iniciales _____	Autorizo la divulgación de cualquier registro relacionado con la información relacionada con el VIH para que se comparta con los proveedores enumerados en la Parte 2.

## Parte 4: Fecha de vigencia

Este consentimiento entrará en vigencia de inmediato y permanecerá vigente hasta la fecha que se especifica aquí: \_\_\_\_\_.

## Parte 5: Firmas

- Tengo más de 18 años de edad y estoy dando este consentimiento a sabiendas y por propia voluntad.
- Entiendo completamente las declaraciones anteriores tal como se aplican a mí.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de registros/información para el propósito mencionado anteriormente.
- Puedo limitar la divulgación de ciertos registros/información (por ejemplo, solo registros desde 2017, registros de ciertos médicos, etc.): \_\_\_\_\_.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que la información ya se haya divulgado en base a este formulario.
- Reconozco que tengo derecho a una lista completa de divulgaciones que incluyen la divulgación de la fecha, la entidad y una breve descripción de la información de identificación del paciente.

Al firmar a continuación, aceptas compartir la información anterior. Puedes revocar/cancelar este consentimiento en cualquier momento enviando un aviso por escrito a HPP o enviando un formulario de revocación.

\_\_\_\_\_  
Nombre del miembro (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

**Información del representante personal:** Una copia de un poder notarial u otro documento legal debe estar archivado en Health Partners Plans o debe ser presentado con este formulario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal

\_\_\_\_\_  
Vínculo con el miembro

\_\_\_\_\_  
Firma del representante personal

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo de la información de salud mental

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

Segundo testigo

---

Firma

Fecha

---

Testigo de la información sobre el tratamiento de abuso de drogas/alcohol

---

Firma

Fecha

Se ofreció una copia de este formulario al miembro:  Aceptado  Rechazado

Divulgación: Esta información se te ha divulgado de los registros protegidos por la ley de Pennsylvania. La ley de Pennsylvania prohíbe que hagas más divulgaciones de esta información a menos que el consentimiento por escrito de la persona a la que corresponda permita expresamente dicha divulgación o esté autorizada por la Ley de confidencialidad de la información relacionada con el VIH. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.

Divulgación: Aviso que prohíbe una nueva divulgación de información sobre el trastorno por consumo de sustancias

Esta información se te ha divulgado de los registros protegidos por las regulaciones federales de confidencialidad (Título 42 del Código de regulaciones federales [CFR], parte 2). Las regulaciones federales te prohíben realizar cualquier otra divulgación de información en este registro que identifique a un paciente que tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente o bien mediante la verificación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que se permita expresamente una divulgación adicional mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga o según lo permita el Título 42 del CFR, parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito (consulte la sección 2.31). Las regulaciones federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto lo dispuesto en las secciones 2.12(c)(5) y 2.65.

Health Partners (Medicaid) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, creed, religious affiliation, ancestry, sex gender, gender identity or expression, or sexual orientation.

**ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call: 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).**

**ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-553-0784 (TTY 1-877-454-8477).**

**ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-553-0784 (телетайп 1-877-454-8477).**