

INSTRUCCIONES

Formulario de Autorización para usar y divulgar información de salud protegida

Formulario de Autorización para usar y divulgar información de salud protegida (PHI): utilice este formulario para permitirnos compartir su información de salud.

Por favor, complete el formulario de Autorización para usar y divulgar información de salud protegida con el fin de autorizarnos a compartir su información de salud.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al número de teléfono que figura en la Sección 10 de este formulario.

Sección 1. Miembro

Esta es información sobre usted. Escriba en letra de imprenta su nombre, dirección y fecha de nacimiento. Incluya también el número de identificación del miembro que está dando a Magellan la autorización para compartir su PHI.

En la sección titulada "Marque una casilla", marque la casilla correspondiente para informarnos quién está completando el formulario.

- Si es usted, el miembro, marque la primera casilla.
- Si se trata de alguien que, según la ley, puede actuar en su nombre, marque la segunda casilla.

Sección 2. ¿Quién puede divulgar la PHI?

Esta es información sobre nosotros, Magellan Health, Inc. y sus subsidiarias y filiales. En esta sección se establece que podemos compartir su PHI con su permiso.

Sección 3. ¿A quién se le puede dar la PHI?

Indique aquí la persona u organización con la que podemos compartir su PHI e incluya su número de teléfono y dirección, si los conocemos.

Sección 4. ¿Qué PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la información de salud que usted autorice. Esto puede ser información de salud sobre sus medicamentos. También puede ser sobre su tratamiento de salud mental, alcohol o drogas. No cubre notas de psicoterapia que no figuran en sus archivos médicos. Anote la información de salud que nos permite compartir.

Sección 5. ¿Cuál es el motivo de la divulgación?

Denos el motivo por el que se comparte la PHI del miembro. Si usted, el miembro, inició la divulgación de esta información, puede indicar "A solicitud de la persona".

Sección 6. ¿Con qué finaliza esta aprobación?

Este formulario debe expirar dentro de 1 año. Al elegir una fecha de vencimiento o un evento, esto limita el tiempo que podemos compartir su PHI. Marque una de las casillas e indique la fecha de vencimiento o el evento. Si opta por un evento de expiración, el mismo debe estar relacionado con el propósito de la divulgación y debe ocurrir dentro de 1 año. Si opta por una fecha de expiración, la misma debe ser una fecha válida y no debe ser de más de un año a partir de la fecha en que se completó el formulario.

Sección 7. Sus derechos e información importante

Lea la Sección 7 ya que en esta se explican sus derechos y otros datos importantes.

Sección 8. Firma del miembro

Aquí es donde debe firmar con su nombre y poner la fecha en que firmó el formulario. No podemos compartir su información de salud si no firma y fecha el formulario.

Sección 9. Firma del representante autorizado (si corresponde)

Esta sección debe completarse si no es usted, el miembro, quien completa el formulario.

Sección 10. A dónde enviar este formulario y hacer preguntas

Esta sección proporciona formas de ponerse en contacto con nosotros.