Consentimiento para divulgar información médica protegida (PHI)

Magellan Healthcare, Inc.
 Attention Privacy Officer, Collaborative Care
 14100 Magellan Plaza, Mail Stop MO41
 Maryland Heights, MO 63043

Gestión del Programa de Cuidado a la Salud Colaborativo por:
Community Health Development, Inc.

Información médica protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes dicen que no podemos dar su PHI a nadie más que a sus médicos en Community Health Development, Inc. a menos que usted diga que está **de acuerdo**. Al firmar este documento, nos da su **consentimiento**. Solo daremos la PHI que usted diga que podemos compartir. Y solo se la daremos a las personas o agencias que enumere. **¿Tiene preguntas? Podemos ayudarle. Llame a Magellan Healthcare, Inc. (Magellan) al 1-800-201-3957, opción 3 o lea la página de instrucciones separada para obtener más información sobre cómo completar este formulario.**

Parte 1. ¿Quién es el paciente?

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de identificación	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono (con código de área)		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	

Marque una opción (para decirnos quién está llenando este formulario):

- Soy el paciente O
- Tengo el derecho legal de actuar en nombre de esta persona. (Marque uno a continuación; si "Tutor/otro" complete su nombre en el espacio en blanco)
- Yo soy su: Padre, madre O
- Tutor/otro (se requiere prueba legal) _____

Parte 2 ¿Quién puede dar la PHI?

Magellan puede dar su PHI. Magellan administra su tratamiento de salud mental y/o por consumo de drogas y alcohol a través del programa de Programa de Cuidado a la Salud Colaborativo para Community Health Development, Inc.

Parte 3 ¿A quién se le puede dar la PHI?

Nombre (una persona, como un miembro de la familia o un médico, o un lugar como una clínica u hospital):	Número de teléfono (con código de área)
Dirección:	Ciudad, estado y código postal

Parte 4 ¿Qué PHI podemos compartir?

Solamente compartiremos la PHI para la que usted haya dado su **consentimiento**. Este **consentimiento** incluye datos sobre su medicamento. También incluye datos sobre su salud mental y/o su tratamiento por consumo de alcohol y drogas que están en sus registros. No cubre las notas de psicoterapia que no están en sus registros. Díganos qué información médica de sus registros se puede compartir.

Dé vuelta esta página.

Si nos da su **consentimiento** para compartir este tipo de información médica en la PHI anterior, marque las casillas que correspondan:

VIH/SIDA Registros de consumo de alcohol/sustancias

Parte 5. ¿Por qué está dando esta PHI?

¿Cuéntenos por qué quiere que compartamos su PHI?

Parte 6 ¿Cuándo termina mi consentimiento?

Su **consentimiento** terminará cuando usted nos lo indique. **Díganos cuándo desea que termine su consentimiento:**

Mi consentimiento termina en esta fecha: _____ (No puede pasar más de un año desde que dio su consentimiento)

O

Mi consentimiento termina cuando suceda esto: _____
(Puede ser algo como "puede compartir mi PHI solo esta vez"). Si no nos dice cuándo termina su **consentimiento**, entonces terminaremos su **consentimiento** en un año desde el momento en que lo firme. Después de un año, necesitaremos un nuevo **consentimiento**.

Parte 7 Sus derechos y datos importantes

- Dar su **consentimiento** depende de usted. Usted no tiene que compartir su información.
- Usted no tiene que **dar su consentimiento** en este documento. Aún obtendrá beneficios y tratamiento.
- Puedes cancelar su **consentimiento**. Debe informarnos esto por escrito. Envíelo por correo a: Magellan Healthcare / Attention Privacy Officer, Collaborative Care / 14100 Magellan Plaza, Mailstop MO41 / Maryland Heights, MO 63043. O puede enviarlo por fax al 1-888-656-4769.
- ¿Qué pasa si cancela su **consentimiento**? Esto no recuperará la PHI que ya hemos compartido. Pero sí **dejaremos de compartir** su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas o agencias que usted nombró, es posible que la compartan con otros. No todas las personas tiene que seguir las reglas de privacidad.
- Usted tiene derecho a obtener una copia de este **consentimiento**. Si necesita otra copia, llame a Magellan al 1-800-201-3957, opción 3.
- Si no entiende, o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame a Magellan al 1-800-201-3957, opción 3.
- Si decide completar este formulario y dar su **consentimiento**, envíenoslo a la dirección o número de fax indicado anteriormente.
- Debe guardar una copia de este documento firmado. Recuerde, información médica protegida (PHI) significa cualquier información sobre su salud en el pasado, presente o futuro. Incluye hechos como su dirección y fecha de nacimiento. Una definición completa de PHI se encuentra en 45 CFR §160.103.

Parte 8 Firma del paciente

Doy mi **consentimiento** para compartir la información detallada en este documento.

Firma o marca del paciente

Fecha (obligatorio)

Parte 9 Firma del representante autorizado (si corresponde)

Representante autorizado significa que tiene pruebas legales de que puede actuar en nombre de esta persona. Un representante firma por una persona que legalmente no puede firmar por su cuenta. Si el paciente tiene menos de 18 años, un padre o tutor debe firmar por el menor. Si tiene una prueba legal de que puede actuar en nombre de esta persona, envíe una copia de la prueba con este formulario.

Firma de la persona que firma en nombre del paciente

Fecha (obligatorio)

Nombre en letra de molde: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

AVISO A CUALQUIER PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE

Esta información se le ha revelado a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la ley federal o estatal. Si los registros están protegidos por las regulaciones federales sobre la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas (42 CFR Parte 2), se le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas.