Autorización para compartir información médica

PerformCARE®

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida ("PHI") cuando las leyes federales y estatales sobre privacidad requieren su autorización.

Los reglamentos de privacidad de la HIPAA exigen la protección de la información médica identificable individualmente. Los reglamentos definen a la "información médica protegida" como la información que se relaciona con:

- La salud física o mental o afección pasada, presente o futura de una persona.
- La prestación de atención médica a una persona.
- El pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a una persona.

La protección se aplica a la información recopilada de la persona o recibida o creada por un proveedor médico, plan médico, centro de procesamiento de datos sobre la atención médica, o empleador, y que se mantiene o transmite en cualquier forma o medio.

Su autorización permite que PerformCare NJ comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted elige. También puede optar por permitir que las personas u organizaciones compartan su PHI con PerformCare NJ. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a PerformCare NJ. Comuníquese con Servicios al Miembro al **1- 877-652-7624 o TTY (para dificultades de audición) 1-866-896-6975** para obtener más instrucciones.

Parte A. Información del joven: (la persona cuya PHI será compartida)		
Nombre del joven:		Inicial del segundo nombre:
Apellido:	CYBER ID:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del joven:	Número de teléfono durante el día (incluir código de área):	
Correo electrónico:		
Correo electrónico:		

Parte B. Beneficiario: (la persona u organización que recibirá su PHI)		
La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:		
¿Desea que la siguiente persona u organización comparta también su PHI con nosotros? ☐ **Sí** ☐ **No**		
Nombre:	Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono (incluir código de área):	Número de fax (incluir código de área):	
Relación con el joven de la Parte A:		
Correo electrónico del beneficiario:		

Parte C. Descripción de la PHI a compartir:

Díganos qué tipo de PHI podemos compartir. Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe seleccionar una casilla como mínimo. Nota: Las leyes estatales y federales permiten que se comparta parte de la PHI sin su autorización.

Registros médicos

☐ Toda la PHI relacionada con mi salud, la prestación y el pago de mis beneficios y servicios de atención médica, **excepto para la salud mental/del comportamiento y las afecciones descritas en las siguientes casillas de verificación.** Nota: La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.

☐ Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir PHI relativa a algunas afecciones. Marque las casillas siguientes si está de acuerdo con que compartamos la PHI relacionada con estas afecciones. Al marcar estas casillas, usted autoriza que se compartan todos sus registros que contengan PHI sobre estas afecciones. Si sólo desea autorizar que se comparta un subgrupo de registros sobre una determinada afección, como registros sobre un solo diagnóstico, complete la sección "Sólo información limitada" a continuación.

☐ Información genética
☐ VIH/SIDA
☐ Consumo de sustancias o alcohol
☐ Enfermedades de transmisión sexual
☐ Aborto y planificación familiar
☐ Enfermedades contagiosas

Registros de salud mental/del comportamiento

☐ Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para compartir PHI de salud mental/del comportamiento. Marque la casilla siguiente si está de acuerdo con que compartamos la PHI relacionada con la salud mental/del comportamiento. Al marcar esta casilla, nos autoriza a que compartamos todos sus registros que contengan PHI sobre salud mental/del comportamiento, incluido el tratamiento como paciente hospitalizado.

☐ Salud mental/del comportamiento (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado)

☐ **Solo información limitada**. En el cuadro siguiente, describa la PHI que quiere que se comparta. Ejemplos:

- El reclamo relacionado con el servicio que recibí con fecha [fecha].
- Información sobre una apelación relacionada con el reclamo que realicé con fecha [fecha].

Describa la información que desea que compartamos:

Parte D. Propósito de esta autorización:

Esta autorización es válida para compartir la PHI para los siguientes propósitos. (Marque una o ambas casillas.)

☐ Para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar y/o pagar mis necesidades médicas.

O

☐ Por el siguiente motivo:

Esta autorización no será válida si se utiliza para cualquier otro propósito que no sea alguno de los que se mencionan anteriormente.

Fecha:

Parte E. Fecha de expiración de esta autorización:

Esta autorización finalizará automáticamente un (1) año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted seleccione una fecha previa. Si desea que esta autorización finalice antes, indique la fecha de expiración debajo.

☐ Deseo que esta autorización finalice en _____.

O

☐ Luego de que finalice el siguiente evento o afección: _____.

Parte F. Aprobación: (Usted O su representante personal deben firmar y fechar este formulario para que se procese.)

Entiendo que firmar esta autorización para compartir mi PHI es voluntario y no es una condición de elegibilidad para obtener beneficios o el pago de reclamos. Entiendo que PerformCare NJ debe ser notificado del evento/la afección para cancelar esta autorización. Esta autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a PerformCare y que la cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida tomada en virtud de la autorización anterior a mi solicitud de cancelación.

También entiendo que, si cancelo esta autorización, debo notificar por separado a las personas u organizaciones mencionadas en la Parte B anterior si deseo que esas personas u organizaciones dejen de compartir mi PHI. También entiendo que, si la persona u organización a la que autorizo recibir mi PHI descrita anteriormente no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica, podrán seguir compartiendo mi PHI y es posible que no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. También entiendo que mi representante personal o yo tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y revisar la PHI que se pueda compartir por esta autorización.

Firma del adulto joven/padre/madre: Al firmar a continuación, autorizo compartir mi PHI como se describe anteriormente.	
Firma del adulto joven/padre/madre:	Fecha:

Información del representante personal: Al firmar a continuación, autorizo compartir la PHI del adulto joven que se indica anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre del adulto joven. PerformCare NJ debe tener archivada una copia de un poder notarial u otra documentación legal de atención médica y debe ser entregada junto con este formulario.)	
Nombre en letra de molde del representante personal o tutor legal:	
Domicilio del representante:	
Descripción de la autoridad del representante personal:	
Firma del representante personal:	
Fecha:	Número de teléfono:

Anexo de la autorización para compartir información médica

Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el adulto joven identificado en la Sección A anterior es **físicamente incapaz** de firmar esta autorización. El consentimiento verbal no reemplaza la necesidad de presentar documentación que demuestre que otra persona es el representante personal del adulto joven, y no puede reemplazar esta documentación simplemente porque para el adulto joven es inconveniente firmarla.

Motivo por el que el adulto joven es incapaz de firmar:

Las firmas a continuación indican lo siguiente:

- El adulto joven recibió la información que contiene este formulario.
- El adulto joven indicó que comprende la información que contiene esta autorización.
- El adulto joven dio libremente su consentimiento.

Método de comunicación con el miembro:

☐ Teléfono

☐ En persona

☐ Otro (especificar):

Nombre del testigo en letra de molde:	Nombre del testigo en letra de molde:
Firma del testigo:	Firma del testigo:
Fecha: / /	Fecha: / /

Envíe el formulario completo a:

PerformCare NJ, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691
O al número de fax: **1-877-736-9166 (sin cargo)**
O por correo electrónico: **shared-pcnjhealthinfo@performcarenj.org**