

SHARP Health Plan

Autorización para utilizar o divulgar información médica

Objetivo

Al completar este formulario, usted autoriza a Sharp Health Plan a compartir su información médica personal. Usted controla con quién desea compartir dicha información y el nivel de información que desea compartir.

Instrucciones

Complete este documento para autorizar la divulgación y/o el uso de su información médica de identificación personal, según se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y de California con respecto a la privacidad de dicha información. No proporcionar toda la información puede invalidar esta autorización.

Enviar

Envíe el formulario completo por correo postal, personalmente o por fax:

Por correo postal o personalmente:

Sharp Health Plan
8520 Tech Way, Ste. 200
San Diego, CA 92123-1450

Por fax:

1-619-740-8571

Visite sharphealthplan.com/phiform para obtener más información.



Nota: Esta autorización es para Sharp Health Plan únicamente. Debe completar formularios de autorización adicionales y presentarlos ante su grupo médico, el consultorio del médico o lugares donde reciba atención. Le recomendamos que se comunique con el consultorio de su médico o con su hospital para solicitar el formulario correcto.

1. Uso y divulgación de la información médica protegida

Yo, _____ (su nombre), autorizo a Sharp Health Plan a divulgar mi información médica.

Persona/organización que autorizo a recibir mi información médica:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Relación con el afiliado:

Número de teléfono:

Esta autorización se aplica a la siguiente información (seleccione una de las siguientes opciones):

- Toda la información médica**, incluida la información médica y financiera (por ej., diagnósticos, proveedores, tratamientos, medicamentos, reclamaciones médicas, facturas, copagos) O
- Información limitada únicamente**

Especifique el tipo de información: _____

Especifique el intervalo de fechas: _____

Las leyes federales y estatales nos exigen que obtengamos una autorización específica para divulgar información especialmente confidencial. La información confidencial se define como el tratamiento o la documentación relacionada con los resultados de las pruebas de VIH y SIDA, la atención psiquiátrica y el tratamiento por abuso de drogas o alcohol. Intentaremos excluir automáticamente estos tipos de información, a menos que usted los identifique específicamente para su divulgación. Marque a continuación si autoriza a Sharp Health Plan a divulgar la totalidad o parte de la siguiente información confidencial.

También autorizo específicamente la divulgación de los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Atención médica relacionada con la prevención o el tratamiento del embarazo | <input type="checkbox"/> Diagnóstico o tratamiento de violación o agresión sexual |
| <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias, incluido el diagnóstico o tratamiento de un problema relacionado con drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Atención relacionada con una enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible | <input type="checkbox"/> Diagnóstico o tratamiento de una lesión relacionada con violencia de pareja íntima |
| <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas de VIH y SIDA | | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de salud mental o servicios de asesoramiento | | |

2. Designación del representante personal

Según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), usted tiene derecho a nominar a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Su representante personal goza de todos los privilegios que usted tiene con respecto a su PHI. Su representante personal puede recibir su PHI y también tiene la autoridad para modificar su cuenta de Sharp Health Plan (por ej., actualizar su dirección, cambiar su médico de atención primaria). Un representante personal puede ser su cónyuge, un familiar, la pareja de hecho o un amigo. No es necesario que tenga un representante personal, pero si desea designar a alguien que pueda recibir su PHI y modificar su cuenta de Sharp Health Plan, complete la siguiente información.

La persona que se menciona a continuación (la misma que se nombra en la sección 1) también gozará de todos los privilegios que se me concederían a mí en relación con mi información médica protegida.

Nombre del representante personal (persona que se nombra en la sección 1):

3. Vencimiento

Esta autorización vencerá el (insertar fecha): _____.

Si no se selecciona una fecha de vencimiento, este documento estará en vigencia hasta que finalice mi cobertura con Sharp Health Plan o hasta que envíe una solicitud por escrito para revocar esta autorización.

4. Aviso de derechos y otra información

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento firmando la sección de revocación y enviando este formulario a Sharp Health Plan. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no estará en vigor en la medida en que otras personas hayan actuado teniendo en cuenta esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que Sharp Health Plan no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios al hecho de que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización, excepto en circunstancias limitadas descritas en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Entiendo que el destinatario podría volver a revelar la información divulgada de conformidad con esta autorización y que dichos datos podrían no estar protegidos por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, las leyes de California prohíben que la persona que recibe mi información médica continúe divulgando dicha información, a menos que yo proporcione otra autorización para dicha divulgación o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que autorizo para su uso o divulgación.
- Sé que Sharp Health Plan no puede utilizar ni divulgar mi PHI para otros fines que no sean los descritos en este formulario, a menos que yo proporcione otra autorización o que dicho uso o divulgación sea específicamente requerido o permitido por la ley.
- Por el presente, eximo a Sharp Health Plan de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de esta información a la parte mencionada en este formulario.

5. Firma

Nombre (en letra de imprenta):

N.º de identificación del afiliado:

Firma:

Fecha (MM/DD/AAAA):

Si lo firma una persona que no sea el afiliado (como un tutor o curador), complete lo siguiente:

Nombre (en letra de imprenta):

Relación con el afiliado:

6. Revocación

Puede revocar esta autorización en cualquier momento al firmar y fechar esta sección del formulario y devolverla a Sharp Health Plan. Solo debe firmar esta sección si desea cancelar esta autorización.

Por el presente, revoco esta autorización y/o designación de representante personal inmediatamente.

Firma:

Fecha (MM/DD/AAAA):