



Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nombre del miembro: _____ N.º de ID del miembro: _____

Dirección del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____ N.º de teléfono: _____

Por el presente autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) según lo descrito a continuación.

1. Personas u organizaciones autorizadas a utilizar o divulgar la información médica protegida:

2. Nombres y direcciones de las personas u organizaciones autorizadas a recibir o utilizar la información médica protegida: (en letra de molde)

3. Descripción específica de la información médica protegida que se puede utilizar o divulgar:

4. **Divulgación que requiere una aprobación específica:** Soy consciente de que mis registros pueden contener PHI sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), alcoholismo y drogadicción, dependencia de sustancias químicas o de salud mental. Autorizaré a Molina Healthcare a divulgar o volver a divulgar cualquier y toda la información, excepto aquella que marcaré con mis iniciales a continuación.

No quiero que se comparta mi información médica sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos en relación con los siguientes temas:

___ VIH/SIDA; ___ Otras ETS; ___ Alcoholismo y drogadicción/Dependencia de sustancias químicas;
___ Salud mental

5. Se utilizará o divulgará la información médica protegida con los siguientes fines:

6. Comprendo lo siguiente:

- a) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para hacer esto, puedo informar a Molina Healthcare por escrito o verbalmente. Este derecho no se aplica a las acciones que Molina Healthcare ya tomó debido a esta autorización.
- b) Entiendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Si me niego a firmar, esto no afectará mi
Tratamiento
Pago
Inscripción o elegibilidad para mis beneficios
- c) Sé que es posible que se vuelva a divulgar la PHI que autorizo que una persona o entidad reciba. Sé que las leyes estatales y federales ya no pueden proteger esta PHI. Vea el "Aviso para los destinatarios de información sobre alcoholismo y drogadicción" más adelante.
- d) Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

7. Esta autorización caduca 90 días después de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

Esta autorización caduca [el/luego de] _____

Firma del miembro o su representante personal

Fecha

Nombre del representante personal, si corresponde (en letra de molde): _____

Relación con el miembro: Padre/Madre Tutor legal* Titular del poder notarial*

Otro, describa: _____

Descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro (en letra de molde):

* Adjunte documentación legal si es el tutor legal o el titular del poder notarial para las decisiones de atención médica.

Se entregará una copia de este formulario firmado al Miembro, si la autorización la solicitó Molina Healthcare.

AVISO PARA LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN
 Se le divulgó esta información a partir de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar más información, a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por el Título 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente que abuse de alcohol o drogas.