Autorización para divulgar información médica protegida (PHI)

Esta autorización le permite seleccionar un representante designado para sus asuntos de seguro de salud y describe los tipos de información que Senior Whole Health of New York (SWH of NY) puede divulgar, discutir e intercambiar con ellos. Complete el formulario adjunto de la siguiente manera:

Sección 1: incluya su nombre, identificación de Medicaid, fecha de nacimiento, dirección y la fecha en que desea que esta autorización entre en vigencia.

Sección 2: seleccione a su representante designado; un familiar, un amigo o cualquier persona de confianza de su elección.

Sección 3: indique el tipo de información que permite que SWH of NY revele a su representante designado. Tenga en cuenta que solo podemos divulgar la información descrita en la Sección 2 si otorga una autorización específica al firmar con sus iniciales en esta sección. Además, indique cualquier instrucción especial en la Sección 2.

Sección 4: describa el propósito o la necesidad con la que SWH of NY está autorizado a revelar su información médica protegida a su representante designado.

Sección 5: esta autorización es válida mientras sea miembro de SWH of NY, a menos que cancele la autorización por escrito.

Sección 6: firme la autorización o haga que su representante legal firme por usted. Esta sección también describe cómo puede cancelar esta autorización.

Sección 7: entregue la copia blanca completa de este formulario a su representante de divulgación del SWH of NY o envíela a SWH of NY a la dirección postal o al número de fax proporcionados en esta sección.

Puede comunicarse con nosotros si tiene preguntas o inquietudes llamando a Servicios para Miembros al 1-877-353-0185 (TTY/TTD: 711) de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Los servicios de interpretación y los materiales en formatos alternativos se encuentran disponibles a solicitud.

¿QUÉ ES LA INFORMACION MÉDICA PROTEGIDA? Toda información sobre el estado de salud, la prestación de atención médica o el pago de la atención médica que pueda vincularse a un individuo. Esto incluye cualquier parte de la historia clínica o historial de pagos de un paciente.

Autorización para el representante designado
para divulgar información médica protegida (PHI)

1. Su información	
Apellido:	Nombre:
Número de identificación de Medicaid:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
	Fecha de entrada en vigencia de la autorización:
2. Designar a un representante designado (familia, amigo, vecino de confianza, etc.)	
Apellido:	Nombre:
Relación con el miembro/solicitante:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código postal:
	Correo electrónico:

3. Tipo de información que puede divulgarse a su representante designado

SWH of NY está autorizado a divulgar el siguiente tipo de información a su representante designado identificado en la Sección 1 anterior. (Marque todas las opciones que apliquen).

- ☐ Todos los registros del plan médico que normalmente se entregarían al solicitante/miembro, excepto la información sin iniciales a continuación.
- ☐ Información de reclamo y beneficio
- ☐ Información financiera y de pagos
- ☐ Cuidado de la información del solicitante/miembro
- ☐ Solo fechas específicas de servicio: De:_____Para: _____
- ☐ Otro: _____

SWH of NY necesita una autorización específica para divulgar ciertos tipos de información de salud protegida sobre usted. Al poner sus iniciales a continuación, usted autoriza específicamente a SWH of NY a divulgar dicha información de salud protegida a su representante designado.

Coloque la inicial en todas las opciones que aplique.	
☐	Dependencia química, incluido el tratamiento de alcohol o drogas
☐	VIH/SIDA
☐	Información genética
☐	Información de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia)
☐	Enfermedades de transmisión sexual
☐	Discapacidades de desarrollo y aprendizaje

Especifique cualquier otro comentario o excepción detallada para la que podamos o no divulgar información médica protegida personal:_____

4. Propósito o necesidad de divulgación. Especifique el propósito para el cual se puede usar o divulgar la información médica descrita en la Sección 2. Marque todas las casillas que corresponden.

☐ Atención coordinada ☐ Personal (No específicos, a petición del miembro)
☐ Elegibilidad/beneficios ☐ Investigación legal
☐ Queja y apelaciones ☐ Otro (especifique)_____
☐ Reclamos/problemas de facturación

5. Fecha de entrada en vigencia de la autorización.

Esta autorización seguirá siendo válida desde la fecha de su firma hasta que finalice su membresía en Senior Whole Health of New York (cancelación de la inscripción) o hasta que su solicitud de membresía sea rechazada, a menos que la cancele por escrito.

6. Firma.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario de autorización completado. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a Senior Whole Health of New York, 15 MetroTech Center, 11th Floor, Brooklyn, New York 11201. La cancelación de mi autorización no se aplicará a la información que ya se haya divulgado.

Comprendo que, una vez que la información se divulgue a personas u organizaciones que no son proveedores de atención médica, planes médicos o centros de intercambio cubiertos por las regulaciones federales de privacidad, mi información médica protegida descrita anteriormente puede volver a divulgarse y dejar de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Comprendo que no estoy legalmente obligado a firmar esta autorización. Es posible que SWH of NY no condicione el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad de los beneficios si firma esta autorización cuando aplica la prohibición de condicionamiento de autorizaciones en 45 C.F.R. § 164.508 (b) (4).

_____ _____

Firma del miembro/solicitante o representante legal **Fecha**

Si está firmado por un representante legal, describa la relación con el miembro/solicitante: _____

¿Tiene un poder notarial duradero o es tutor? ☐No ☐Sí En caso afirmativo, adjunte la documentación legal.

7. Instrucciones para devolver el formulario.

Entregue este formulario a su representante de asistencia pública de SWH of NY O BIEN corte la copia blanca y envíe por **fax este formulario firmado a: 1-855-818-4870** o envíelo por correo postal a Senior Whole Health of New York, 15 MetroTech Center, 11th Floor, Brooklyn, New York 11201.