

## Consentimiento para divulgar Información de Salud Protegida (PHI)

**Información de Salud Protegida (PHI)** hace referencia a información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Las leyes señalan que no podemos entregar su PHI a nadie más que a sus médicos o al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS) a menos que usted lo **autorice**. Al firmar este documento, usted nos da su **autorización**. Solo entregaremos la PHI que usted nos diga que podemos compartir. Además, solo la divulgaremos a las personas o agencias que usted indique. ¿Tiene alguna pregunta? Podemos ayudarle. Llame a Molina Complete Care (MCC) al 1-800-424-4524 (TTY 711).

Parte 1 ¿Quién es el Miembro?				
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Número de ID (n.º del Seguro Social)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Número de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Marque una casilla:

- Yo soy el miembro, **O**  
 Yo tengo el derecho legal de actuar en representación de esta persona.  
 (Marque una casilla a continuación; si es "Otro" complete el espacio en blanco)

Soy su:  Padre/Madre **O**  Tutor legal **U**  Otro: \_\_\_\_\_

Parte 2 ¿Quién puede divulgar la PHI?
MCC podría divulgar su PHI. MCC administra su salud médica/mental en nombre de DMAS.

Parte 3 ¿A quién se le puede entregar la PHI?				
Nombre (una persona, como por ejemplo, un familiar que viva conmigo o una sede comercial)			Número de teléfono (con código de área)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal

Parte 4 ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?
Compartiremos <b>únicamente</b> la PHI que usted <b>autorice</b> . Esta <b>autorización</b> incluye información acerca de sus medicamentos. También incluye información sobre su salud médica/mental incluida en sus expedientes. Díganos cuál es la información de salud de sus expedientes que se puede compartir. Proporcione la fecha o el lugar si puede. _____ _____ _____

Si nos da su autorización para compartir este tipo de información de salud, indíquelo al marcar la casilla.  
 VIH/SIDA  Expedientes sobre abuso de alcohol/sustancias  Abuso sexual/físico/mental

Parte 5 ¿Por qué divulga esta PHI?
Díganos por qué desea que compartamos su PHI: _____ _____ _____

**Parte 6 ¿Cuándo finaliza mi autorización?**

Su **autorización** terminará cuando usted nos informe tal cosa. **Díganos cuándo desea que finalice su autorización:**

- Mi autorización finaliza en esta fecha** \_\_\_\_\_ *(No puede exceder el plazo de un año a partir de la fecha en que dio su **autorización**)* **O**
- Mi autorización finaliza cuando ocurra lo siguiente:** \_\_\_\_\_

(Puede ser algo como “usted puede compartir mis expedientes médicos esta única vez”.) Si no nos indica cuándo termina su **autorización** le cancelaremos su **autorización** en el plazo de un año desde la fecha en que la firme. Después de un año, necesitaremos una nueva **autorización**.

**Parte 7 Sus derechos e información importante**

- Dar su autorización es su decisión. No está obligado a compartir su información.
- No tiene que autorizar este documento. Continuará recibiendo los beneficios y tratamientos.
- Usted puede revocar su autorización. Debe comunicarnos esto por escrito. Envíela por correo postal a Molina Complete Care, 3829 Gaskins Rd, Glen Allen, Virginia 23233-1437.
- ¿Qué ocurre si usted retira su autorización? Si lo hace, eso no recuperará la PHI que ya hayamos compartido. Sin embargo, no seguiremos compartiendo su PHI.
- Si compartimos su PHI con las personas o agencias que usted nombró, ellos podrán compartirla con otros. No todos tienen que cumplir las reglas de privacidad.
- Usted tiene derecho a obtener una copia de esta **autorización** firmada. Si necesita una copia, llame a MCC al 1-800-424-4524 (TTY 711).
- Si no comprende o tiene preguntas, podemos ayudarle. Llame a MCC al 1-800-424-4524 (TTY 711).

**Parte 8 Firma del miembro**

**Autorizo a que se comparta la información detallada en este documento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Parte 9 Firma del representante autorizado (si hubiera)**

**Representante autorizado** significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. El representante firma por la persona que no puede firmar legalmente en su propio nombre. Si el miembro es menor de 18 años de edad, su padre/madre o tutor deberán firmar en su nombre. Proporcione una prueba de que puede actuar en nombre de este miembro.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que firma en nombre del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre en letra de imprenta		Número de teléfono (con código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Usted debería recibir una copia de este documento firmado. Recuerde, información de salud protegida (PHI) hace referencia a cualquier tipo de información sobre su salud, ya sea pasada, presente o futura. Incluye información como su dirección y fecha de nacimiento. En el Título 45 del Código de Reglamentos Federales (CFR), §160.103, se encuentra una definición completa de la PHI.

**Envíe el formulario completado y los documentos de respaldo a:**

Attention: Compliance Officer  
Molina Complete Care,  
3829 Gaskins Rd.  
Glen Allen, Virginia 23233-1437

### **Aviso a las personas que no sean el paciente**

Esta información se le ha divulgado de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y/o estatales. Si los expedientes están protegidos conforme a las normas federales sobre la confidencialidad de los expedientes del paciente sobre abuso de alcohol y drogas (CFR, Título 42, Parte 2), se le prohíbe hacer alguna divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación esté expresamente permitida por medio del consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece, o que lo permita el CFR, Título 42, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo no es suficiente para este fin. Las reglas federales limitan cualquier uso de la información para realizar investigaciones penales o enjuiciar a pacientes por el abuso de alcohol y drogas.

Esta información se encuentra disponible en otros idiomas de forma gratuita. Comuníquese con el servicio de atención al cliente al 1-800-424-4524 (TTY 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora local.