

# Autorización para compartir información médica

[Imprimir]

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida ("PHI") cuando así lo exigen las leyes federales y estatales sobre la privacidad. Su autorización permite que PerformCare 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. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a PerformCare. Comuníquese con Servicios al Miembro al **1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)** para recibir más instrucciones.

## Parte A. Información del miembro: (la persona cuya PHI será compartida)

Nombre del miembro:		Inicial de segundo nombre:	
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Dirección del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del miembro:		Número de teléfono durante el día (incluid código de área):	

## Parte B. Beneficiario: (la persona u organización que recibirá su PHI)

La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:

¿También desea que la siguiente persona u organización comparta su PHI con nosotros?  Sí  No

Nombre:		Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde)			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono (incluid código de área):			
Relación con el miembro mencionado en la Parte A:			

## 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.

**Registro completo.** Toda la PHI relacionada con la prestación y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica. La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.

**Registros especiales. Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir cierta PHI. Marque las casillas siguientes para la PHI que acepta compartir.** Al marcar estas casillas, nos autoriza a compartir todos sus registros que contengan ese tipo de PHI. Si solo quiere darnos la autorización para que compartamos un subgrupo de registros, como registros sobre un solo diagnóstico, complete la sección "Solo información limitada" a continuación.

<input type="checkbox"/> Información genética	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar
<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias o alcohol	<input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas
<input type="checkbox"/> Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado)	<input type="checkbox"/> Información que nos pidió tratar de manera confidencial

**Solo información limitada.** En el cuadro siguiente, describa la PHI que desea que compartamos. Ejemplos:

- El reclamo relacionado con mi servicio del [date].
- Información de apelación relacionada con mi reclamo el [date].

Describa la información que desea que compartamos:

## Autorización para compartir información médica

### Parte D. Propósito de esta autorización.

**Esta autorización es válida para compartir 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 sean los que se mencionan más arriba.

### Parte E. Fecha de expiración de esta autorización

**Esta autorización es válida para compartir PHI para los siguientes propósitos. (Marque una casilla).**

Deseo que la autorización expire un (1) año después de que finalice mi cobertura con PerformCare. (Ver información a continuación)\*

**O**

En la fecha, evento o condición siguientes\*:

\* PerformCare debe ser notificado del evento o la condición para cancelar esta autorización. En North Carolina y New Jersey, esta autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En New Hampshire, la autorización expira automáticamente dos años después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En Louisiana, si usted solicita compartir su información genética, la autorización expira sesenta días después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En el distrito de Columbia, si usted solicita compartir información sobre la salud mental, la autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa.

### Parte F. Aprobación: (Usted O su representante personal deben firmar e indicar la fecha en este formulario para que se considere completo).

Entiendo que firmar esta autorización para compartir mi PHI es voluntario y no es una condición para la inscripción en PerformCare, la elegibilidad para beneficios o el pago de reclamos. 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 a recibir mi PHI descrita anteriormente no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica, pueden luego compartir mi PHI y que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. También entiendo que yo o mi representante personal tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y revisar la PHI que puede ser compartida debido a esta autorización.

### Firma del miembro: Al firmar a continuación, autorizo compartir mi PHI como se describe anteriormente.

Firma del miembro (14 años o más)  
o firma del padre:

Fecha:

### Información del representante personal: Al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del miembro como se describe anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un familiar o un menor). Una copia de un poder notarial u otra documentación legal debe estar archivada en PerformCare o presentada con este formulario).

Nombre en letras de molde del representante personal:

Domicilio del representante:

Descripción de la autoridad del representante personal:

Firma del representante personal:

Fecha:

Número de teléfono:

Envíe el formulario completado a: Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092  
Número de fax: 1-833-214-2242 (sin cargo)

## Autorización para compartir información médica

### Anexo de la autorización para la divulgación de información médica

#### Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro 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 miembro, y no puede reemplazar esta documentación simplemente porque para el miembro es inconveniente firmarla.

Motivo:

Las firmas a continuación indican lo siguiente:

- El miembro recibió la información que contiene este formulario.
- El miembro indicó que comprende la información contenida en esta autorización.
- El miembro dio libremente su consentimiento.

Método de comunicación con el miembro:

- Teléfono
- En persona
- Otro (especificar):

Nombre del testigo en letra imprenta:	Nombre del testigo en letra imprenta:
Firma del testigo:	Firma del testigo:
Fecha:        /        /	Fecha:        /        /

## La discriminación es ilegal

PerformCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. PerformCare no excluye a las personas ni las trata de modo distinto debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

PerformCare reduce las barreras idiomáticas para acceder a servicios a través del Sistema de Atención de New Jersey Children al brindar:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
  - Dispositivos de telecomunicación como el Dispositivo para Sordos (TDD) y los sistemas de Teléfono de Texto (TTY) para permitir a las personas sordas, con problemas de audición o con impedimentos en el habla utilizar el teléfono para comunicarse.
- Servicios de idioma (sin costo) a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Servicios de intérprete calificados
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita de estos servicios, póngase en contacto con PerformCare al **1-877-652-7624** o [TTY (para personas con impedimentos auditivos) al **1-866-896-6975**].

Multi-language interpreter services

## Attention: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Spanish:** Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Portuguese:** Atenção: Se fala português, encontra-se disponível serviço gratuito de intérprete pelo telefone 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-652-7624 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-866-896-6975).

**Haitian Creole:** Atansyon: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975).

**Chinese Mandarin:** 注意: 如果您说中文普通话/国语, 我们可为您提供免费语言援助服务。请致电: 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) 번으로 전화해 주십시오.

**Bengali:** লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৬৫২-৭৬২৪ (TTY 1-866-896-6975)।

**French:** Attention : si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

Estamos disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Si considera que PerformCare no ha brindado estos servicios o ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por correo o por teléfono, ya sea llamando al departamento de calidad de PerformCare al **1-877-652-7624** o escribiendo a:

PerformCare  
Attn: Quality Department  
300 Horizon Center Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de PerformCare está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos electrónicamente a través del portal para quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Vietnamese:** Chú ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) पर कॉल करें।

**Chinese Cantonese:** 注意: 如果您使用粵語, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975)。

**Polish:** Uwaga: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).

**Urdu:**

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-652-7624 (TTY: 1-866-896-6975)۔

**Turkish:** Dikkat: Türkçe konuşuyorsanız dil yardımı hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilirsiniz. 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975) numaralı telefonu arayın.

**Russian:** Внимание: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-652-7624 (TTY 1-866-896-6975).