

## Aspectos importantes relacionados con su consentimiento para compartir información de salud protegida

- Con el propósito de cumplir con las regulaciones federales de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), los planes de salud deben obtener el consentimiento de un miembro para compartir su información de salud protegida con cualquier otra persona. Hay limitadas excepciones para esta situación.
- En la medida de lo permitido por la ley, seguiremos comunicándonos con los proveedores de atención de salud involucrados en el tratamiento con respecto a lo siguiente: (1) nuestras actividades de pago en relación con sus reclamos; (2) su inscripción en nuestro plan de salud y (3) su elegibilidad de los beneficios.
- Hasta que los hijos alcancen los 18 años de edad, los padres podrán acceder a la mayor parte de la información de sus hijos sin necesidad de obtener primero el consentimiento de estos últimos. Sin embargo, independientemente de la edad del niño, los padres no tendrán acceso a la información relativa al diagnóstico o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, aborto, y abuso de drogas o alcohol a menos que el niño autorice específicamente la divulgación de esa información.
- Se utiliza el presente formulario para autorizarnos a compartir su información de salud protegida. Cada persona que usted identifique tendrá el mismo derecho a acceder a su información. Si usted quiere que cada persona acceda a *distintos* tipos de información o acceda a la información por períodos *diferentes*, deberá completar diferentes formularios para cada persona o período.
- NO divulgaremos información relacionada con pruebas genéticas, trastorno por consumo de drogas, salud mental, abortos y enfermedades de transmisión sexual a menos que incluya las iniciales al lado de la afección correspondiente en la Parte D. Si quiere autorizarnos a divulgar la información relacionada con el VIH/SIDA, el estado de New York requiere que se complete un formulario distinto. Para obtener una copia de este formulario, comuníquese con nuestra oficina llamando al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación o bien acceda al formulario ingresando al siguiente sitio web: <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/forms/informedconsent.htm>
- Si necesita formularios adicionales, puede copiar este formulario, comunicarse con nuestra oficina al número de teléfono que figura en la tarjeta de identificación o bien visitar nuestro sitio web ingresando en <https://www.excellusbcbs.com> y buscar la opción "Manage Your Privacy" (Administre su privacidad).
- Asegúrese de haber completado íntegramente el formulario para que podamos cumplir con su petición.

**CONSERVE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS**

# AUTORIZACIÓN OTORGADA A EXCELLUS HEALTH PLAN, INC. ("PLAN DE SALUD") PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (ISP)

**Marque las opciones a continuación solo si autoriza el acceso a las notas de psicoterapia.** En caso de que las opciones estén marcadas, no se podrá usar este formulario para ningún otro propósito. Deberá completar un formulario diferente para autorizar el acceso a cualquier otra información. Si esta casilla está marcada, omita la Parte D.

## IMPRIMA ESTA HOJA

PARTE A: MIEMBRO/PERSONA QUE ES EL SUJETO DE LA INFORMACIÓN A SER DIVULGADA												
APELLIDO	NOMBRE	MI	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: <small>puede localizarlo en las tarjetas de identificación</small>								
DIRECCIÓN ACTUAL			CIUDAD	ESTADO/CÓDIGO POSTAL								
PARTE B: EL PLAN DE SALUD PUEDE COMPARTIR MI INFORMACIÓN CON LAS SIGUIENTES PERSONAS												
NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN			DIRECCIÓN									
NOMBRE DE LA PERSONA/ORGANIZACIÓN			DIRECCIÓN									
PARTE C: MOTIVO POR EL CUAL EL MIEMBRO/PERSONA (PARTE A) AUTORIZA LA DIVULGACIÓN												
<input type="checkbox"/> A petición mía <input type="checkbox"/> Otro: _____												
PARTE D: EL PLAN DE SALUD PUEDE COMPARTIR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN												
<i>(Seleccione D-1 o D-2 y, si corresponde, D-3)</i>												
<b>NOTA: Omita esta sección si se marcó la opción de psicoterapia en la parte superior de este formulario</b>												
<p><b>D-1.</b> <input type="checkbox"/> Quisiera que se divulgue cualquier información solicitada por la persona o entidad mencionada en la Parte B. Esta comprende la información incluida en la Parte D-3 (a continuación) solo si estampo mis iniciales al lado de la afección. Si mis iniciales no aparecen en D-3, no se divulgará la información relacionada con esas afecciones.</p> <p style="text-align: center;"><b>O BIEN</b></p> <p><b>D-2.</b> Quisiera limitar la divulgación de la información a un tipo específico de información, proveedor, afección o fecha. Si esta área está en blanco, no quiero limitar la divulgación de mi información.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Inscripción <i>(por ejemplo, elegibilidad, dirección, dependientes, fecha de nacimiento)</i>  <input type="checkbox"/> Reclamos <i>(por ejemplo, estado, proveedores, fechas, pagos, diagnóstico)</i>  <input type="checkbox"/> Otras limitaciones: _____                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Beneficios <i>(por ejemplo, cobertura de beneficios, usos, límites)</i>  <input type="checkbox"/> Historias clínicas <i>(por ejemplo, médico/establecimiento hospitalario, administración de casos)</i>  <input type="checkbox"/> Período _____ al _____                 </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>Y, SI CORRESPONDE,</b></p> <p><b>D-3.</b> A menos que se mencione específicamente a continuación, no se divulgará la información relacionada con las siguientes afecciones. En caso de haber colocado <b>mis iniciales</b> al lado de una o más de estas afecciones, el Plan de Salud estará autorizado a divulgar la información relacionada con estas afecciones.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">____ Pruebas genéticas</td> <td style="width: 33%;">____ Trastorno por consumo de drogas</td> <td style="width: 33%;">____ Salud mental</td> </tr> <tr> <td>____ Enfermedades de transmisión sexual</td> <td>____ Aborto</td> <td><i>(sin incluir las notas de psicoterapia)</i></td> </tr> </table> <p><b>Nota:</b> Se debe completar un formulario distinto para autorizar la divulgación de la información relacionada con el VIH/SIDA. Podrá encontrar el formulario autorizado por el estado de New York en <a href="http://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/forms/informedconsent.htm">http://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/forms/informedconsent.htm</a></p>					<input type="checkbox"/> Inscripción <i>(por ejemplo, elegibilidad, dirección, dependientes, fecha de nacimiento)</i> <input type="checkbox"/> Reclamos <i>(por ejemplo, estado, proveedores, fechas, pagos, diagnóstico)</i> <input type="checkbox"/> Otras limitaciones: _____	<input type="checkbox"/> Beneficios <i>(por ejemplo, cobertura de beneficios, usos, límites)</i> <input type="checkbox"/> Historias clínicas <i>(por ejemplo, médico/establecimiento hospitalario, administración de casos)</i> <input type="checkbox"/> Período _____ al _____	____ Pruebas genéticas	____ Trastorno por consumo de drogas	____ Salud mental	____ Enfermedades de transmisión sexual	____ Aborto	<i>(sin incluir las notas de psicoterapia)</i>
<input type="checkbox"/> Inscripción <i>(por ejemplo, elegibilidad, dirección, dependientes, fecha de nacimiento)</i> <input type="checkbox"/> Reclamos <i>(por ejemplo, estado, proveedores, fechas, pagos, diagnóstico)</i> <input type="checkbox"/> Otras limitaciones: _____	<input type="checkbox"/> Beneficios <i>(por ejemplo, cobertura de beneficios, usos, límites)</i> <input type="checkbox"/> Historias clínicas <i>(por ejemplo, médico/establecimiento hospitalario, administración de casos)</i> <input type="checkbox"/> Período _____ al _____											
____ Pruebas genéticas	____ Trastorno por consumo de drogas	____ Salud mental										
____ Enfermedades de transmisión sexual	____ Aborto	<i>(sin incluir las notas de psicoterapia)</i>										
<b>CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA</b>												

**PARTE E: RECONOCIMIENTO (LEA Y ESTAMPE SU FIRMA)**

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una notificación escrita al Plan de Salud a la dirección que figura a continuación con excepción de que esta revocación no afectaría ninguna medida adoptada por el Plan de Salud antes de recibir mi revocación escrita y dependiente de esta autorización.
- La información divulgada como resultado de la presente autorización puede volver a ser divulgada por el receptor. Es posible que las leyes de privacidad federales y estatales ya no protejan mi ISP.
- El Plan de Salud no podrá condicionar mi inscripción en un plan de salud, elegibilidad de beneficios o pago de los reclamos sobre la base de esta autorización.
- A menos que reciba una revocación por escrito, esta autorización será válida hasta la fecha especificada a continuación: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: He leído y comprendo los términos incluidos en esta autorización. Por medio de la presente, autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud protegida de la manera descrita en este formulario.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si esta solicitud es de un representante personal en representación del miembro, ingrese la siguiente información:**

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Firma del representante personal \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad:  Padre  Tutor legal\*  Poder\*  Otro \* \_\_\_\_\_

*\* Debe proporcionar documentación que respalde su autoridad legal para actuar en nombre del miembro*

**DEVOLVER A:**

**Excellus Health Plan  
P.O. Box 21146  
Eagan, MN 55121**

**O bien por fax: 315-671-7079**

**Conserve una copia para sus archivos**

## Notificación sobre antidiscriminación

Nuestro Plan de Salud cumple con las leyes federales de derecho civil. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El plan de salud no excluye ni trata a nadie de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El plan de salud:

- Proporciona servicios y accesorios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, entre los que se incluyen:
  - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, consulte el documento que se adjunta para conocer las formas de comunicarse con nosotros.

Si considera que el plan de salud no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de algún modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el siguiente departamento:

Advocacy Department  
Atn.: Civil Rights Coordinator  
PO Box 4717  
Syracuse, NY 13221  
Número de teléfono: 1-800-614-6575  
Número TTY: 1-800-421-1220  
Fax: 1-315-671-6656

Puede presentar una queja en persona o por correo o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles del plan de salud está disponible para servirle.

También puede presentar una reclamación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por Internet desde el portal de reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo 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 reclamaciones están disponibles en  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Attention: If you speak English free language help is available to you. Please refer to the enclosed document for ways to reach us.

Atención: Si habla español, contamos con ayuda gratuita de idiomas disponible para usted. Consulte el documento adjunto para ver las formas en que puede comunicarse con nosotros.

注意: 如果您说中文, 我们可为您提供免费的语言协助。  
请参见随附的文件以获取我们的联系方式。

Внимание! Если ваш родной язык русский, вам могут быть предоставлены бесплатные переводческие услуги. В приложенном документе содержится информация о том, как ими воспользоваться.

Atansyon: Si ou pale Kreyòl Ayisyen gen èd gratis nan lang ki disponib pou ou. Tanpri gade dokiman ki nan anvlop la pou jwenn fason pou kontakte nou.

주목해 주세요: 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원을 받으실 수 있습니다. 연락 방법은 동봉된 문서를 참조하시기 바랍니다.

Attenzione: Se la vostra lingua parlata è l'italiano, potete usufruire di assistenza linguistica gratuita. Per sapere come ottenerla, consultate il documento allegato.

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, איז אומזיסטע שפראך הילף אוועילעבל פאר אייך ביטע רעפערירט צום בייגעלייגטן דאקומענט צו זען אופנים זיך צו פארבינדן מיט אונז.

নজর দিন: যদি আপনি বাংলা ভাষায় কথা বলেন তাহলে আপনার জন্য সহায়তা উপলভ্য রয়েছে। আমাদের সঙ্গে যোগাযোগ করার জন্য অনুগ্রহ করে সংযুক্ত নথি পড়ুন।

Uwaga: jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Patrz załączony dokument w celu uzyskania informacji na temat sposobów kontaktu z nami.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. يرجى الرجوع إلى الوثيقة المرفقة لمعرفة كيفية الوصول إلينا.

Remarque : si vous parlez français, une assistance linguistique gratuite vous est proposée. Consultez le document ci-joint pour savoir comment nous joindre.

نوٹ: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد دستیاب ہے۔ ہم سے رابطہ کرنے کے طریقوں کے لیے منسلک دستاویز ملاحظہ کریں۔

Paunawa: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may maaari kang kuning libreng tulong sa wika. Mangyaring sumangguni sa nakalakip na dokumento para sa mga paraan ng pakikipag-ugnayan sa amin.

Προσοχή: Αν μιλάτε Ελληνικά μπορούμε να σας προσφέρουμε βοήθεια στη γλώσσα σας δωρεάν. Δείτε το έγγραφο που εσωκλείεται για πληροφορίες σχετικά με τους διαθέσιμους τρόπους επικοινωνίας μαζί μας.

Kujdes: Nëse flisni shqip, ju ofrohet ndihmë gjuhësore falas. Drejtojuni dokumentit bashkëlidhur për mënyra se si të na kontaktoni.