

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Con el propósito de dar cumplimiento a las reglamentaciones federales de la HIPAA [*Health Insurance Portability and Accountability Act*, Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico], los planes de salud deben obtener el permiso del miembro para compartir la información médica protegida de dicho miembro con cualquier otra persona. Hay excepciones limitadas a esta regla. Hasta que un menor cumple los 18 años de edad, sus padres pueden acceder a la mayoría de la información médica del hijo sin obtener antes su permiso. Sin embargo, independientemente de la edad del menor, los padres no tienen acceso a la información de diagnóstico o tratamiento, lo cual incluye la información del pago, enfermedades venéreas, aborto y abuso de alcohol y drogas, a menos que el menor autorice específicamente la divulgación de dicha información.

Como miembro, usted puede usar este formulario para autorizarnos a compartir su información médica protegida. Cada persona que identifique, podrá acceder a su información de la misma manera. Si desea que cada persona acceda a un tipo *diferente* de información o que tenga acceso a su información por un período *diferente*, tendrá que completar formularios separados para cada individuo o período.

Esta autorización incluirá la divulgación de información referida a pruebas genéticas, abuso de alcohol y drogas, salud mental (con exclusión de las notas de psicoterapia), aborto e información sobre enfermedades venéreas, sólo si usted coloca sus iniciales en la línea correspondiente del paso 2. Por otra parte, si desea autorizarnos a divulgar información referida al VIH/SIDA, debe completar un formulario diferente. Para obtener una copia de este formulario, contáctese con nuestra oficina, llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación o acceda al formulario en el siguiente sitio web:

<http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/forms/informedconsent.htm>.

Su autorización es completamente voluntaria. No condicionaremos su inscripción en un plan de salud, la elegibilidad para recibir los beneficios o el pago de los reclamos a que nos otorgue esta autorización. Si necesita más formularios, puede copiar éste, visitar nuestra página en la Internet, www.excellusbcbs.com/download/forms/authform.pdf, o llamar a nuestra oficina, al número que figura en su tarjeta de identificación.

En la medida que la ley lo permita, seguiremos comunicando a los proveedores de servicios que participan en su tratamiento: (1) nuestras actividades de pago, en lo que se refiere a sus reclamos, (2) su inscripción en el plan de salud y (3) su elegibilidad para los beneficios.

- Marque aquí si desea autorizar el acceso a las notas de psicoterapia. Si este casillero está marcado, esta autorización no puede usarse por otro motivo. Si está marcado, puede pasar por alto los siguientes pasos dos y tres.**

Paso 5: indique cuándo desea que compartamos su información: *compartan mi información médica protegida durante el o los períodos mencionados a continuación:*

- hasta que Excellus Health Plan, Inc., complete las actividades descriptas en el paso 2;
- hasta que yo envíe a Excellus Health Plan, Inc. un formulario cancelando mi autorización;
- desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____.

Paso 6: firma del miembro: *para autorizar a Excellus Health Plan, Inc. a compartir la información médica protegida indicada más arriba, escriba su nombre en letra de molde en la siguiente línea y luego firme y escriba la fecha de hoy.*

Yo, _____ *escribir aquí el nombre en letra de molde* _____ tuve plena oportunidad de leer y considerar los contenidos de esta autorización. Entiendo que al firmar este formulario, confirmo mi autorización para el uso, el pedido y la divulgación de mi información médica protegida confidencial como miembro, según se describe en este formulario. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, completando un formulario de cancelación de autorización y enviándolo a la dirección que figura más abajo. También entiendo que la revocación de esta autorización no entrará en vigencia hasta que Excellus Health Plan, Inc. reciba mi formulario de cancelación de autorización y no afectará ninguna de las acciones que Excellus Health Plan Inc. haya implementado basándose en esta autorización antes de recibir el formulario de cancelación de autorización.

Entiendo que el destinatario que recibió la información como resultado de esta autorización puede volver a divulgarla, en cuyo caso es probable que la misma ya no quede protegida por las leyes federales de privacidad.

Firma: _____ **Fecha:** _____
(Miembro o representante personal)

Si este pedido lo realiza un representante personal en nombre de nuestro miembro, suminístrenos la siguiente información:

Nombre del representante personal: *(escriba en letra de molde)* _____

Descripción de la facultad del representante personal (un poder, tutor legal o albacea estatal):

Nota importante: los representantes personales deben aportar pruebas legales de representación, como por ejemplo, un poder.

Esta forma puede ser completada fácilmente si usted visita nuestra pagina web www.excellusbcs.com/members/account_manager/index.shtml. Por favor seleccione la opcion "Compartir su privada information de salud".

O

Complete y entregue este formulario a:

Excellus Health Plan, Inc.
P.O. Box 22999
Rochester, NY 14692

O

FAX: 1-315-671-7079

HAGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS