

Autorización para que MBHP/Carelon Behavioral Health divulguen información confidencial

Importante: Al completar todas las secciones de este formulario, usted autoriza a que Massachusetts Behavioral Health Partnership (Asociación de Salud Conductual de Massachusetts) (MBHP, por sus siglas en inglés)/Carelon Behavioral Health (Salud Conductual de Carelon) (Carelon) divulguen información sobre su atención médica a personas que usted identifique durante un período de hasta un año. Puede autorizar a que MBHP/Carelon compartan información sobre la atención médica con su familia, sus proveedores, su representante legal o **cualquier persona** que usted desee que tenga acceso a la misma.

Complete todas las secciones ya que se devolverán los formularios incompletos.

Tenga en cuenta: También es importante que su médico tenga acceso a su información médica para asegurar que usted reciba la mejor atención posible, incluyendo cualquier atención de seguimiento que pueda ser necesaria. Para permitir que MBHP/Carelon puedan enviarle su información de atención médica a su médico, complete y firme este formulario. Solo enviaremos información que esté relacionada con su atención.

Si su solicitud incluye información sobre el consumo de alcohol o sustancias, preste atención a las instrucciones especiales en las secciones correspondientes.

SECCIÓN 1: ¿DE QUIÉN ES LA INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA A SER DIVULGADA?

Yo, _____ (nombre del Miembro) autorizo a MBHP/Carelon (o a cualquier sucursal de Carelon que tenga mi información), a divulgar mi información sobre atención médica como se describe a continuación.

Información adicional de identificación del Miembro

No. de identificación del Miembro: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

No. telefónico: _____ Nombre del plan médico: _____

SECCIÓN 2: ¿QUIÉN RECIBIRÁ ESTA INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA?

Escriba el(los) nombre(s) de la(s) persona(s), proveedor(es) o entidad(es) que recibirá(n) su información y su información de contacto (si se conoce):

No. telefónico de la persona que recibirá su información: _____

¿Está bien incluir información del(los) proveedor(es) de atención médica pasado(s), presente(s) y/o futuro(s)?: Si No

SECCIÓN 3: ¿POR QUÉ DEBE DIVULGARSE LA INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA?

Motivo (“a mi solicitud” es una respuesta aceptable):

- Especifique, si es posible
- Coordinación/administración de la atención
 - Revisión de la calidad de atención
 - Otro (explique el motivo): _____
 - Asistencia para reclamos

SECCIÓN 4: ¿QUÉ INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN MÉDICA PUEDE DIVULGARSE?

AL FIRMAR CON SUS INICIALES en los puntos de la siguiente página, usted autorizará a MBHP/Carelon a divulgarle tipos específicos de información a la parte identificada en la Sección 2 mencionada anteriormente:

_____ Información y/o historiales de salud mental **(SE REQUIERE FIRMAR CON LAS INICIALES)**

- Opcional:** Información sobre reclamos Autorizaciones Explicación de las cartas sobre beneficios
- Información sobre negaciones/apelaciones Notas clínicas

_____ Información y/o historiales de consumo de alcohol o sustancias **(SE REQUIERE FIRMAR CON LAS INICIALES)**

_____ Información y/o historiales relacionados con VIH/SIDA **(SE REQUIERE FIRMAR CON LAS INICIALES)**

_____ Otra información médica, especifique **(SE REQUIERE FIRMAR CON LAS INICIALES)**: _____

Instrucciones especiales, si las hay (puede especificar el proveedor, duración, tipo de servicio, etc.):

SECCIÓN 5: ¿POR CUÁNTO TIEMPO DEBE DURAR ESTA AUTORIZACIÓN?

Esta autorización estará en pleno vigor **durante un año** o hasta que yo la revoque, de la manera descrita a continuación, o hasta **(introduzca la fecha de vencimiento o suceso)** ___ (lo que sea más breve).

SECCIÓN 6: ¿CUÁLES SON MIS DERECHOS?

- Tiene derecho a solicitar una copia de este formulario y a solicitar una copia de la información que se está divulgando.
- No es necesario que firme esta autorización, y su negación no afectará sus beneficios, a menos que esta autorización sea necesaria para determinar sus beneficios.
- Es posible que la información divulgada con esta autorización esté en riesgo de que la divulgue nuevamente el destinatario y, si eso sucede, podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.
- Tiene derecho a revocar esta autorización, en cualquier momento. ***Pero, si revoca esta autorización, la revocación no afectará la divulgación de ninguna información que MBHP/Carelon ya haya enviado al destinatario.***
- Si autoriza la divulgación de la información sobre el consumo de alcohol o sustancias a una organización de atención médica que no sea su proveedor de atención médica, durante los próximos dos años, tiene derecho a averiguar qué persona dentro de esa organización realmente ha visto su información. Debe comunicarse directamente con la organización para obtener esa información.

Tenga en cuenta que, si ha autorizado que se divulguen SOLO los historiales de tratamiento por consumo de alcohol o sustancias, puede revocar esta autorización verbalmente. La revocación que involucre todos los demás tipos de historiales de atención médica debe ser por escrito.

Firma del Miembro o el representante legalmente autorizado del Miembro* Fecha

Escriba el nombre en letra de molde

*** NOTA: Si está firmando como representante autorizado legalmente del Miembro, adjunte una copia del(los) documento(s) legal(es) correspondiente(s) que le otorgan la autoridad para hacerlo. Algunos ejemplos serían un poder de representación de atención médica, una orden del Tribunal, documentos de tutela, etc. NO es suficiente un poder de representación financiero o comercial.**

MBHP

Massachusetts Behavioral
Health Partnership

A Caelon Behavioral Health Company

Comuníquese con nosotros llamando al 1-800-495-0086 si tiene alguna pregunta o para determinar a dónde debe enviar por correo o facsímil su solicitud.

MBHP cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata a las personas de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, ascendencia, edad, discapacidad, credo religioso, sexo, orientación sexual, identidad de género, estereotipos, información genética o estado de veterano. Aviso de MBHP de discriminación puede encontrarse en <http://www.masspartnership.com/member/NonDiscriminationNotice.aspx>.

Puede obtener esta información en otros idiomas y otros formatos, tales como letra de imprenta grande o Braille.

Llámenos al 1-800-495-0086 de lunes a jueves, de 8 de la mañana a 5 de la tarde, y el viernes de 9:30 de la mañana a 5 de la tarde. ¡La llamada es gratuita! Llame al dispositivo de telecomunicaciones para personas con pérdida auditiva (TTY, por sus siglas en inglés): 1-877-509-6981 si es sordo, hipoacúsico (dificultad para oír) o tiene dificultades para hablar.