

Mi autorización para divulgar Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)



Información sobre usted y su salud, denominada Información de salud protegida (o "PHI"), es sensible. Los planes de salud, tal como CareOregon, no pueden usar tal PHI ni divulgarla a nadie a menos que usted diga por escrito que está bien hacerlo. Este formulario otorga su consentimiento para usar y divulgar su PHI. Usted *debe* llenar todo lo marcado con un asterisco (*) para que este formulario tenga validez.

*Mi nombre (en letra imprenta el nombre del miembro) _____

*Mi fecha de nacimiento o número de identificación de CareOregon _____

Doy mi consentimiento a CareOregon para usar mi PHI y divulgarla a:	*Persona u organización: _____ Dirección postal: _____ Ciudad, Estado C.P.: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el miembro: _____
--	--

Pido que mi PHI sea usada o divulgada debido a (favor de mencionar las razones):

*Mi PHI a ser divulgada incluye: toda ella, o sólo lo que he marcado aquí:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autorizaciones previas | <input type="checkbox"/> Registros del plan de salud |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones | <input type="checkbox"/> Registros de facturación |
| <input type="checkbox"/> Beneficios | <input type="checkbox"/> Medicinas |

Quiero que CareOregon limite la divulgación de PHI a las fechas o los eventos que especifico a continuación:

Fechas del: _____ al: _____

Evento: _____

(por ejemplo, si acudió al hospital en junio de 2011)

Otra información que autorizo para su divulgación: Los tres tipos de PHI mencionados a continuación están protegidos por otras leyes. Está bien que CareOregon divulgue esta PHI sólo si yo he puesto mis iniciales en el espacio junto a la misma en este formulario. **Si no he puesto mis iniciales aquí, CareOregon no puede divulgarla.**

	Cualquier cosa sobre análisis del VIH/SIDA, incluyendo si me he sometido a alguno, los resultados de análisis y demás registros respecto al mismo
	Cualquier información sobre mi salud mental (a excepción de apuntes de psicoterapia)
	Cualquier información sobre diagnóstico, tratamiento o derivación respecto a drogas o alcohol. (También entiendo que la ley federal dice que ninguna persona que reciba información sobre drogas o alcohol de parte de CareOregon puede divulgarla a nadie más a menos que yo también les de mi autorización por escrito).

Entiendo mis derechos sobre el presente formulario de consentimiento:

- Puedo pedir que alguien del Departamento de atención al cliente de CareOregon me ayude a entender cómo se usará este formulario.
- Sé que si la persona u organización que reciba esta PHI no es un proveedor de atención de salud cubierto por las leyes de privacidad federales, puede divulgar la PHI antes mencionada. En tal caso, mi PHI no estará protegida bajo esas leyes.
- Puedo ver u obtener una copia de cualquier PHI que se divulgará debido a que firmé este formulario.
- **No tengo que firmar este formulario para recibir atención de salud, para que se pague mi atención de salud, para averiguar si soy elegible para recibir beneficios ni para inscribirme en CareOregon.**
- **Puedo revocar esta autorización por escrito excepto cuando CareOregon ya haya actuado de acuerdo a la misma.**
- **Puedo cambiar de parecer y cancelar mi permiso en cualquier momento.** Si cambio de parecer, debo informárselo a CareOregon por escrito enviando una carta a:

**Attn: Member Services
CareOregon
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204**

Si cambio de parecer y cancelo este consentimiento, entiendo que mi PHI puede ya haber sido usada o divulgada.

Mi consentimiento para divulgar PHI es limitado

A menos que cambie de parecer y firme una autorización nueva, mi consentimiento para divulgar PHI perderá efecto en la fecha siguiente (marque una):

365 días a partir de la fecha cuando firme este formulario,

O en esta fecha (elija una fecha diferente): _____

Puedo pedir una copia de este formulario para mis archivos después de que la firme.

*Mi firma: _____ Fecha _____

(Si alguien firma por el miembro, favor de brindar una copia del Poder u otro documento legal otorgando tal permiso)

Mi nombre escrito en letra imprenta: _____

Envíe por fax el formulario completado a: -o- Envíelo por correo postal a:
503-416-3723

**Member Services
CareOregon
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204**