

# Autorización para divulgar Información de salud protegida (PHI)



La información sobre usted y su salud, denominada Información de salud protegida (o "PHI", por sus siglas en inglés), es confidencial. 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.

Información sobre el miembro		
Mi nombre (favor de escribir en letra imprenta el nombre del miembro): _____		
Mi fecha de nacimiento (o CareOregon ID): _____		
Doy mi consentimiento a CareOregon para usar mi PHI y divulgarla a:		
Persona u organización: _____		
Dirección: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
Número de teléfono: _____		
Relación con el miembro: _____		
Pido que mi PHI se use o se divulgue debido a (favor de mencionar las razones): _____		
_____		
Estoy solicitando específicamente dicha divulgación y elijo no proporcionar una razón específica		
*Mi PHI que se divulgará incluye: <input type="checkbox"/> Toda, O <input type="checkbox"/> Solo los elementos que he marcado a continuación:		
<input type="checkbox"/> Autorizaciones previas	<input type="checkbox"/> Registros de facturación	
<input type="checkbox"/> Reclamaciones	<input type="checkbox"/> Medicinas	
<input type="checkbox"/> Registros del plan de salud	<input type="checkbox"/> Beneficios	
<input type="checkbox"/> Otra (favor de describir qué información o documentos específicos está solicitando):		
_____		
_____		
Fechas del: _____ al: _____		
Evento (opcional): _____		
<i>(por ejemplo, si acudió al hospital en junio de 2011)</i>		
<b>Otra información cuya divulgación he autorizado:</b> 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.		

Iniciales	Tipo de PHI
	Cualquier cosa relacionada con una prueba de VIH/SIDA (HIV/AIDS), incluyendo si me he sometido a alguna, los resultados de la prueba y otros registros sobre la misma.
	Cualquier información sobre mi salud mental (a excepción de apuntes de psicoterapia).
	Cualquier información sobre diagnósticos, tratamiento o derivaciones por 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 o un plan de salud cubierto por las leyes federales de privacidad, dicha persona u organización puede divulgar la PHI mencionada anteriormente. En ese caso, mi PHI no estará protegida bajo dichas leyes.
- Sé que las plataformas de redes sociales (por ejemplo, Facebook, Instagram, Twitter, Pinterest, etc.) no son lugares seguros para compartir información de salud. Mi participación en grupos, aceptación de invitaciones, publicación de contenido o comentarios, etc. en las plataformas de redes sociales no están protegidos por las leyes federales de privacidad.
- 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:**

**Enrollment Department**

**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 \_\_\_\_\_

Cuando ocurra este evento (mencione un evento específico) \_\_\_\_\_

O, en esta fecha (mencione una fecha específica o escriba "sin fecha de finalización"): \_\_\_\_\_

*Puedo pedir una copia de este formulario para mis expedientes después de firmarlo.*

Mi firma\*: \_\_\_\_\_

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

Mi nombre escrito en letra imprenta: \_\_\_\_\_

*\*If anyone signs for the member, please provide a copy of Power of Attorney or other legal document giving that permission.*

Envíe los formularios completos por fax al:

**503-416-3723**



Por correo postal:

**Enrollment Department**

**CareOregon**

**315 SW Fifth Ave**

**Portland OR 97204**