

#### ¿En qué condado reside el miembro?

Marque la casilla al lado del condado donde el miembro vive actualmente.

- |  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Condado de Bucks:<br>877-769-9784 | <input type="checkbox"/> Condado de Cambria:<br>800-424-0485 | <input type="checkbox"/> Condado de Lehigh:<br>866-238-2311 | <input type="checkbox"/> Condado de Montgomery:<br>877-769-9782 | <input type="checkbox"/> Condado de Northampton:<br>866-238-2312 |
|--|--|---|---|--|

¿El miembro está actualmente inscrito en un equipo de recuperación de bienestar o en un programa nurse Navigator?  Sí  No

Magellan Behavioral Health of Pennsylvania (Magellan) trabaja en asociación con el anteriormente mencionadas Oficinas de Salud Conductual del Condado y el Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania. Magellan valora los beneficios de salud del miembro que pueden resultar de colaborar con los servicios de apoyo de un miembro. Podemos ayudarlo mejor si trabajamos en conjunto y con los proveedores que lo conocen.

Al firmar este formulario, usted nos informa que **autoriza** a los asociados indicados arriba y a los proveedores indicados en la Parte 2 a compartir entre sí información de salud acerca de usted. Si no firma este formulario, sus beneficios de HealthChoices seguirán siendo los mismos con Magellan, Oficinas de Salud Mental del Condado y el Departamento de Servicios Humanos. Aun así, estos asociados pueden compartir su información incluso si usted no firma este formulario, pero solo pueden hacerlo de conformidad con lo establecido por la ley. Si tiene alguna pregunta, pida a la persona que le entregó este formulario que le informe sus derechos o le brinde más detalles acerca de cómo se comparte su información de salud. Si aún tiene preguntas, podemos ayudarlo. Llame a Magellan al número gratuito antes indicado. Los miembros que tengan dificultades auditivas pueden comunicarse con nosotros al 7-1-1 mediante el servicio de retransmisión de PA.

#### Parte 1 ¿Quién es el miembro?

Informo que **autorizo** a los asociados de HealthChoices indicados arriba a usar/divulgar la información de salud indicada a continuación en la Parte 3.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Número de ID de asistencia médica (N.º de MAID, obligatorio)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono (con código de área)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

#### Parte 2 ¿A quién se le podrá divulgar la PHI?

Además de compartirse con los asociados de HealthChoices, esta información puede compartirse con:

**Organización de atención de salud física administrada de HealthChoices (PHMCO, por sus siglas en inglés):**  
Indicar nombre, dirección y número de teléfono del consultorio de la PHMCO con el que puede compartirse su información de salud

#### Médico de atención primaria (PCP):

Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del PCP con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio)

**Especialista en salud física:**

Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono de su especialista con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio)

---

---

**Proveedor de servicios de salud mental:**

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

---

---

**Proveedor de servicios de salud mental:**

Indicar nombre, dirección y número de teléfono del grupo proveedor con el que puede compartirse su información de salud

---

---

**Otro proveedor de atención de la salud:**

Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)

---

---

**Otro proveedor de atención de la salud:**

Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)

---

---

**Otro proveedor de atención de la salud:**

Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)

---

---

**Otro proveedor de atención de la salud:**

Indicar apellido, nombre, dirección y número de teléfono del proveedor con el que se puede compartir su información de salud (por favor, no incluir el nombre del consultorio si es un proveedor de salud física)

---

---

**Parte 3 ¿Qué tipo de PHI podemos compartir?**

Si firmo este formulario, se compartirá mi información general de salud física y mental. Además, **SI** mis registros contienen información sobre drogas y alcohol o relacionada con el VIH, deseo compartir esta información como se indica a continuación:

**Información sobre drogas y alcohol:** **SI** mis registros incluyen información sobre drogas y alcohol, **deseo** compartir dicha información con los asociados y con los proveedores indicados en la Parte 2 de este formulario.

- Sí, toda la información sobre drogas/alcohol.  No. Cuando corresponda, si indica "no", usted **no puede** participar en el programa HealthChoices HealthConnections.

**Información sobre VIH/SIDA:** **SI** mis registros incluyen información sobre VIH/SIDA, **deseo** compartir dicha información con los asociados y con los proveedores indicados en la Parte 2 de este formulario.

- Sí, toda la información sobre VIH/SIDA.  No. Cuando corresponda, si indica "no", usted **no puede** participar en el programa HealthChoices HealthConnections.

**Parte 4 ¿Por qué divulga esta PHI?**

Compartir mi información permite que mis proveedores de atención médica física y atención médica conductual y todos los asociados de HealthChoices trabajen juntos para ayudarme a mejorar.

**Parte 5 Entiendo que:**

Puedo retirar la autorización que otorgo en este documento en cualquier momento. Esto no anulará la información que ya se compartió, pero evitará que se comparta información adicional.

Si deseo retirar mi autorización, debo informar a Magellan por escrito. Se debe enviar por correo a:  
Magellan Behavioral Health of Pennsylvania, Inc.  
105 Terry Drive, Suite 103  
Newtown, PA 18940

Continuaré recibiendo beneficios y tratamiento aun si no firmo este formulario.

La información que se comparta a partir de este formulario puede compartirse nuevamente por las personas que la reciban. Si esto ocurre, es posible que no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. Estas leyes no siempre se aplican a todas las personas. **Sin embargo, mi información sobre drogas y alcohol y mi condición respecto del VIH no pueden compartirse nuevamente a menos que yo otorgue otra autorización por escrito.**

**Parte 6 Firma del miembro**

Mi autorización dura **dos años** a partir de la firma de este formulario. También puede finalizar si retiro mi autorización, lo que ocurra primero.

**Autorizo** a que se comparta la información detallada en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Parte 7 Firma del representante autorizado (si hubiere)**

**Representante autorizado** significa que usted tiene evidencia legal para actuar en representación de esta persona. El representante firma por la persona que no puede firmar legalmente en su propio nombre.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que firma en nombre del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Parte 8 Firma del testigo (obligatoria)**

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

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

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

**Aviso a las personas que no son el paciente**

**Exención de responsabilidad:** Esta información se le ha divulgado de expedientes cuya confidencialidad puede estar protegida por las leyes federales y estatales. Si los expedientes están protegidos bajo normas federales sobre la confidencialidad de los expedientes del paciente sobre abuso de alcohol y drogas (42 CFR Part 2), usted tiene prohibido hacer alguna divulgación adicional de esta información a menos que dicha divulgación esté permitida expresamente por medio del consentimiento por escrito de la persona a quien pertenece, o de otra manera permitida por 42 CFR Part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales limitan cualquier uso de la información para realizar investigaciones penales o enjuiciar a pacientes por el abuso de alcohol o drogas.