

SHARP Health Plan

Autorización para utilizar o divulgar información médica

Objetivo

Al completar este formulario, usted autoriza a Sharp Health Plan a compartir su información médica personal. Usted controla con quién desea compartir dicha información y el nivel de información que desea compartir.

A través de este formulario podrá hacer lo siguiente:

1. Compartir toda la información médica con la persona u organización que elija, o solo compartir información limitada
2. Designar a un representante personal para que actúe en su nombre

Instrucciones

Complete este documento para autorizar la divulgación y/o el uso de su información médica de identificación personal, según se establece a continuación, de conformidad con las leyes federales y de California con respecto a la privacidad de dicha información. No proporcionar toda la información puede invalidar esta autorización.

Enviar

Envíe el formulario completo por correo postal, personalmente o por fax:

Por correo postal o personalmente:

Sharp Health Plan
8520 Tech Way, Ste. 200
San Diego, CA 92123-1450

Por fax:

1-619-740-8571

Visite sharphealthplan.com/phiform para obtener más información.

Nota: Esta autorización es para Sharp Health Plan únicamente. Debe completar formularios de autorización adicionales y presentarlos ante su grupo médico del plan, el consultorio del médico o lugares donde reciba atención. Le recomendamos que se comunique con el consultorio de su médico o con su hospital para solicitar el formulario correcto.

1. Uso y divulgación de la información médica protegida

Yo, _____ (su nombre), autorizo a Sharp Health Plan a divulgar mi información médica.

Persona u organización a la que autorizo a recibir mi información médica (solo una persona u organización por formulario):

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Relación con el afiliado:

Número de teléfono:

Esta autorización se aplica a la siguiente información. Seleccione una de las siguientes opciones:

☐ **Toda la información médica**, incluida la información médica y financiera (por ej., diagnósticos, proveedores, tratamientos, medicamentos, reclamaciones médicas, facturas, copagos) O

☐ **Información limitada únicamente**

Especifique el tipo de información: _____

Especifique el intervalo de fechas: _____

Las leyes federales y estatales nos exigen que obtengamos una autorización específica para divulgar información confidencial. La información confidencial se define como el tratamiento o la documentación relacionada con los resultados de las pruebas de VIH y SIDA, la atención psiquiátrica y el tratamiento por abuso de drogas o alcohol. No divulgaremos información relacionada con servicios confidenciales si no se nos otorga el permiso correspondiente a través de este formulario. Marque a continuación si autoriza a Sharp Health Plan a divulgar la totalidad o parte de la siguiente información confidencial.

También autorizo específicamente la divulgación de los siguientes tipos de información confidencial (marque todas las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Atención psiquiátrica | ☐ Atención médica relacionada con la prevención o el tratamiento del embarazo | ☐ Diagnóstico o tratamiento de violación o agresión sexual |
| ☐ Abuso de sustancias, incluido el diagnóstico o tratamiento de un problema relacionado con drogas o alcohol | ☐ Atención relacionada con una enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible | ☐ Diagnóstico o tratamiento de una lesión relacionada con violencia de pareja íntima |
| ☐ Resultados de pruebas de VIH y SIDA | | |
| ☐ Tratamiento de salud mental o servicios de asesoramiento | | |

2. Designación del representante personal

Según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Information Portability and Accountability Act, HIPAA), usted tiene derecho a nominar a una o más personas para que actúen en su nombre con respecto a su información médica protegida (Protected Health Information, PHI). Su representante personal goza de todos los privilegios que usted tiene con respecto a su PHI. Su representante personal puede recibir su PHI y también tiene la autoridad para modificar su cuenta de Sharp Health Plan (por ej., actualizar su dirección, cambiar su médico de atención primaria). Un representante personal puede ser su cónyuge, un familiar, la pareja de hecho o un amigo. No es necesario que tenga un representante personal, pero si desea designar a alguien que pueda recibir su PHI y modificar su cuenta de Sharp Health Plan, complete la siguiente información.

La persona que se menciona a continuación gozará de todos los privilegios que se me concederían a mí en relación con mi información médica protegida.

Nombre del representante personal: _____

3. Vencimiento

Esta autorización vencerá el (insertar fecha): _____.

Si no se selecciona una fecha de vencimiento, este documento estará en vigencia hasta que finalice mi cobertura con Sharp Health Plan o hasta que envíe una solicitud por escrito para revocar esta autorización.

4. Aviso de derechos e información adicional

- Puedo negarme a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Sharp Health Plan. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no estará en vigor en la medida en que otras personas hayan actuado teniendo en cuenta esta autorización. Para facilitar el procesamiento, Sharp Health Plan le solicita que envíe su revocación por correo electrónico a **customer.service@sharp.com**.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que Sharp Health Plan no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para los beneficios al hecho de que yo proporcione o me niegue a proporcionar esta autorización, excepto en circunstancias limitadas descritas en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Entiendo que el destinatario podría volver a revelar la información divulgada de conformidad con esta autorización y que dichos datos podrían no estar protegidos por la ley federal o estatal de confidencialidad (por ej., por la ley HIPAA).
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que autorizo para su uso o divulgación.
- Entiendo que Sharp Health Plan no divulgará mi PHI de conformidad con este formulario, excepto como lo he indicado en este formulario, excepto como lo requiera o permita específicamente la ley.
- Por el presente, eximo a Sharp Health Plan de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de esta información a la parte mencionada en este formulario.

5. Firma

Nombre (en letra de imprenta):

N.º de identificación del afiliado:

Firma:

Fecha (MM/DD/AAAA):

Si lo firma una persona que no sea el afiliado (como un tutor o curador), complete lo siguiente:

Nombre (en letra de imprenta):

Relación con el afiliado: