

Autorización para el uso y divulgación de información de salud protegida

Nombre del miembro: _____ Núm. de id. del miembro: _____

Dirección del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Ciudad/estado/código postal: _____ Número de teléfono: _____

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) tal como se describe a continuación.

1. Personas u organizaciones autorizadas para usar o divulgar la información de salud protegida:

2. Nombres y direcciones de las personas u organizaciones autorizadas a recibir o usar la información de salud protegida: (en letra molde)

3. Descripción específica de la información de salud protegida que puede usarse o divulgarse:

4. **Información que requiere aprobación específica:** Sé que mis registros pueden contener información de salud protegida sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH/SIDA, de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual (ETS), de abuso de alcohol y drogas, de dependencia de sustancias y/o de salud mental. Permitiré que Molina Healthcare divulgue y/o vuelva a divulgar toda y cualquier información de este tipo, excepto la información que enlisto a continuación.

No quiero que se divulgue mi información médica relacionada con pruebas, diagnósticos o tratamientos para los siguientes padecimientos:

___ VIH/SIDA ___ otras ETS ___ abuso de alcohol y drogas/dependencia de sustancias ___ salud mental

5. La información de salud protegida se utilizará o divulgará para:

6. Entiendo lo siguiente:

- a) Puedo anular esta autorización en cualquier momento. Puedo hacerlo comunicándoselo a Molina Healthcare por escrito o verbalmente. Este derecho no se aplica a las acciones ya tomadas por Molina Healthcare debido a esta autorización.

- b) Sé que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar. Si me niego a firmarlo, esto no afectará al pago de mi tratamiento, a mi registro, ni al derecho de recibir mis beneficios.
- c) Entiendo que la información de salud protegida que autorizo a una persona o entidad puede volver a divulgarse. Sé que las leyes estatales y federales pueden no proteger esta información de salud protegida. Consulte a continuación el "aviso para quienes reciben información de abuso de alcohol o drogas".
- d) Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
7. Esta autorización caduca a los 90 días de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

Esta autorización expira [fecha de vencimiento] _____

Firma del miembro o su
representante personal

Fecha

Nombre del representante personal en caso de aplicar (en letra molde):

Relación con el miembro: ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal* ☐ Titular del poder notarial *

☐ Escriba otra opción: _____

Descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro (en letra molde):

* Adjunte los documentos legales si es usted el tutor legal o el titular de un poder notarial para decisiones de salud.

Se le proporcionará al miembro una copia de este formulario firmado si la autorización fue solicitada por Molina Healthcare.

AVISO PARA QUIENES RECIBEN INFORMACIÓN DE ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS

Esta información le fue revelada a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales). Las normas federales le prohíben divulgar esta información a menos que esté expresamente permitido por el consentimiento escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por la parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen que la información se use de cualquier forma para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o las drogas.