

## Autorización para la divulgación de información médica

**Este formulario se utiliza para autorizar la divulgación (uso compartido) de su información médica protegida (PHI). Eso significa que, al firmar este formulario, permite que First Choice by Select Health of South Carolina comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted menciona a continuación.**

La PHI es la información que se relaciona con su salud física y/o mental. Incluye la salud en cada etapa de su vida. Incluye su salud pasada, presente y futura. La PHI también puede estar relacionada con una afección específica o con un servicio médico que recibió. Incluye toda la información relacionada con sus evaluaciones médicas, diagnósticos, tratamientos o registros de recetas médicas. Compartir este tipo de información puede identificarlo ante otros. Las leyes federales y estatales limitan el intercambio de la PHI.

Incluso si firma este formulario, puede cambiar de opinión sobre compartir su PHI. Solamente infórmenos. Puede informarnos mediante el envío de una carta por correo a nuestra oficina. Incluya la fecha, su nombre, su número de identificación de miembro y su dirección actual en la carta. Nuestra dirección postal es:

First Choice by Select Health of South Carolina  
 Consent Processing Center  
 P.O. Box 7092  
 London, KY 40742-7092

Una vez que recibamos la carta, dejaremos de compartir su PHI. No obstante, no podemos recuperar ninguna PHI que ya hayamos compartido. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios al Miembro por teléfono al **1-888-276-2020** o por fax al **1-843-569-4807**.

### Sección A. Información del miembro

Mencione la persona cuya PHI puede ser compartida.

Primer nombre:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Número de identificación del miembro:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):    /    /
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico:		

# Autorización para la divulgación de información médica

## Sección B. Información del destinatario

Mencione la persona u organización que puede recibir su PHI. Puede adjuntar más páginas, si fuera necesario.

Primer nombre de la persona u organización:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de fax (si se dispone de uno): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico:		

Primer nombre de la persona u organización:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de fax (si se dispone de uno): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico:		

Primer nombre de la persona u organización:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de fax (si se dispone de uno): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección, línea 1:		
Dirección, línea 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico:		

## Autorización para la divulgación de información médica

### Sección C. Compartir notas de psicoterapia

Díganos si podemos compartir sus notas de psicoterapia. **(Si marca “sí», no podrá marcar una casilla en la Sección D. Deberá completar otra copia de este formulario para autorizar compartir PHI adicional en la Sección D.)**

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) proporciona protecciones especiales para ciertos registros médicos conocidos como “notas de psicoterapia”. Son las notas que toma un profesional de salud mental durante las conversaciones que se sostienen en una sesión de terapia. La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir las notas de psicoterapia.

- No, no compartan mis notas de psicoterapia.
- Sí, compartan mis notas de psicoterapia.

### Sección D. Compartir otra PHI

Díganos qué tipo de PHI podemos compartir. **Puede marcar todas las casillas que quiera. Debe seleccionar una casilla como mínimo.**

- El registro completo.** Toda la PHI relacionada con la prestación y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica. **Esto excluye las notas de psicoterapia.**
- Registros especiales.** Algunas leyes exigen que usted otorgue un permiso específico para poder compartir cierta PHI. Marque las casillas siguientes para la PHI que acepta compartir. Al marcar estas casillas y escribir sus iniciales, nos autoriza para compartir todos sus registros que contengan ese tipo de PHI. Si solo quiere darnos la autorización para que compartamos un subgrupo de registros, como registros sobre un solo diagnóstico, complete la sección **Otras solicitudes de registro** a continuación.

<input type="checkbox"/> Información genética	Iniciales:
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias o alcohol	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Salud mental/del comportamiento (incluido el tratamiento hospitalario)	Iniciales:

<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas	Iniciales:
<input type="checkbox"/> Información que nos pidió tratar de manera confidencial	Iniciales:

- Otras solicitudes de registros.** En el cuadro siguiente, describa la PHI que desea que compartamos.

Ejemplos:

- La reclamación relacionada con mi servicio presentada el [fecha].
- Información de apelación relacionada con mi reclamación presentada el [fecha].

Describa la información que desea que compartamos:

## Autorización para la divulgación de información médica

### Sección E. Propósito de compartir la PHI

Díganos por qué está divulgando su PHI. **Debe seleccionar una casilla como mínimo. Si usted solicita compartir la información genética con un asegurador de Louisiana, esta autorización no será válida si se utiliza para algún propósito distinto al que se describe a continuación.**

<input type="checkbox"/> Administración de atención/administración de casos y coordinación.	<input type="checkbox"/> Finalidad legal.
<input type="checkbox"/> Facturación o reclamaciones.	<input type="checkbox"/> Escuela.
<input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad.	<input type="checkbox"/> Vivienda u otros servicios de colocación.
<input type="checkbox"/> Empleo.	<input type="checkbox"/> Otro (describir):
<input type="checkbox"/> Uso personal.	

### Sección F. Caducidad.

Díganos cuándo quiere que este formulario caduque. **Debe seleccionar una casilla como mínimo.**

Esta autorización entra en vigor inmediatamente. Pero puede decirnos cuándo quiere que caduque. Puede cambiar esta opción en cualquier momento.

Quiero que la autorización caduque un (1) año después de que finalice mi cobertura con First Choice by Select Health of South Carolina.

Quiero que la autorización caduque en la fecha, evento o condición siguientes: \_\_\_\_\_

\* First Choice by Select Health of South Carolina debe recibir una notificación del evento o condición para cancelar o revocar esta autorización. Si usted está solicitando compartir la información genética con una aseguradora de Louisiana, la fecha de caducidad debe ser dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la autorización. Si usted está solicitando compartir información sobre salud mental en el Distrito de Columbia, la fecha de caducidad debe ser dentro de los 365 días siguientes a la fecha de la autorización.

### Sección G. Derechos y entendimientos

**Al firmar a continuación, ratifica que ha leído y recibido una explicación suficiente sobre este documento, que comprende la información siguiente y lo que nos está autorizando que hagamos con su PHI:**

- Toda la PHI que compartamos puede a su vez ser compartida por los destinatarios y tal vez ya no esté protegida por las normativas estatales o federales de privacidad.
- Puede revocar esta autorización en cualquier momento. Sin embargo, cualquiera acción que ya se haya tomado no se puede revertir y su revocación no afectará dichas acciones. Si revoca esta autorización, también debe informar a las personas y organizaciones descritas en la Sección B.
- Firmar esta autorización para compartir su PHI es un acto voluntario y no es una condición para inscribirse en First Choice by Select Health of South Carolina, para ser elegible para recibir beneficios o el pago de reclamaciones.
- Las leyes federales y estatales pueden permitirnos cobrar una tarifa por hacer copias de los registros. Es posible que se le pida el pago de las copias por adelantado. De no ser así, es posible que reciba las copias junto con una factura..
- De conformidad con esta autorización, usted tiene derecho a inspeccionar los materiales que han sido compartidos.
- En algunos casos, las leyes federales y estatales nos permiten compartir su PHI sin una autorización. Para obtener más información, consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad.
- Usted puede tener una copia de este formulario completado.

Si necesita más información, llame a Servicios al Miembro al **1-888-276-2020**.

## Autorización para la divulgación de información médica

### Sección H. Aprobación

Usted o su representante personal deben firmar y fechar este formulario.

- Soy el miembro.
- Soy uno de los padres. (Nota: En algunas circunstancias se puede requerir documentación).

**Al firmar a continuación, autorizo a First Choice by Select Health of South Carolina a compartir mi PHI como se describe anteriormente.**

Primer nombre del miembro:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Firma del miembro o padre/madre:		Fecha (MM/DD/AAAA):     /     /

- Soy el representante personal.

### ¿Firma a nombre de otra persona?

Un representante personal es una persona que tiene autoridad legal para actuar a nombre de un individuo. Una copia de un poder u otra documentación legal debe ser archivada con First Choice by Select Health of South Carolina o ser entregada con este formulario.

Primer nombre del representante personal:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:
Descripción de la autoridad del representante:		
Firma del representante personal:		Fecha (MM/DD/AAAA):     /     /
Número de teléfono del hogar (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Número de teléfono móvil (incluir código de área): ( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Dirección de correo electrónico:		

Tipo de documentación que adjunta:	
<input type="checkbox"/> Poder notarial para tomar decisiones de atención médica <input type="checkbox"/> Tutela legal <input type="checkbox"/> Orden de custodia <input type="checkbox"/> Albacea del caudal hereditario	<input type="checkbox"/> Otro (especificar):

### Envíe el formulario de autorización completado a:

First Choice by Select Health of South Carolina  
Consent Processing Center  
P.O. Box 7092  
London, KY 40742-7092

## Autorización para la divulgación de información médica

### Anexo de la autorización para la divulgación de información médica

#### Consentimiento verbal

Nosotros, los suscritos, certificamos que el miembro identificado en la Sección A anterior es **físicamente incapaz** de firmar esta autorización. El consentimiento verbal no reemplaza la necesidad de presentar documentación que demuestre que otra persona es el representante personal del miembro, y no puede reemplazar esta documentación simplemente porque para el miembro es inconveniente firmarla.

Motivo:

Las firmas a continuación indican:

- El miembro recibió la información que contiene este formulario.
- El miembro indicó que comprende la información contenida en esta autorización.
- El miembro dio libremente su consentimiento.

Método de comunicación con el miembro:

Teléfono       En persona       Otro (especificar):

Nombre del testigo en letra de molde:

Nombre del testigo en letra de molde:

Firma del testigo:

Firma del testigo:

Fecha:      /      /

Fecha:      /      /

## Aviso contra la discriminación

First Choice by Select Health of South Carolina cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. First Choice no excluye a las personas ni las trata de modo diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

First Choice proporciona a las personas con discapacidades asistencia y servicios gratuitos, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, Braille, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos). Proporciona servicios sin cargo a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a First Choice al **1-888-276-2020** (TTY **1-888-765-9586**). Estamos disponibles de lunes a viernes (8 a.m. a 9 p.m.) y sábado a domingo (8 a.m. a 6 p.m.).

Si cree que First Choice no ha provisto estos servicios o ha discriminado de otra manera en función de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja formal dirigida a:

- Grievance Supervisor First Choice Member Services  
P.O. Box 40849, Charleston, SC 29423-0849  
**1-888-276-2020** (TDD/TTY **1-888-765-9586**)  
Fax: **1-800-575-0419**
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de First Choice está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
**1-800-368-1019** (TDD: **1-800-537-7697**)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**FirstChoice**  
by Select Health of South Carolina  
*Your Hometown Health Plan*

Healthy Connections 

[www.selecthealthofsc.com](http://www.selecthealthofsc.com)

SHSC-19445050 | FC-03302020-M-15

Servicios de idiomas

**English:** If your primary language is not English, language assistance services are available to you, free of charge. Call: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

**Spanish:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

**Arabic:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-888-276-2020** (رقم هاتف الصم والبكم: **1-888-765-9586**).

**Portuguese:** Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

**Russian:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

**Vietnamese:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

**Brazilian Portuguese:** Se você fala português do Brasil, os serviços de assistência em sua língua estão disponíveis para você de forma gratuita. Chame **1-888-276-2020** (TTY : **1-888-765-9586**).

**Chinese:** 如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)。

**Falam:** Falam tawng thiam tu na si le tawng let nak asi mi **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**) ah tang ka pek tul lo in na ko thei.

**Hindi:** यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। काल करें: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)।

**Korean:** 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**)번으로 전화해 주십시오.

**Chin:** Hakha holh a hmangmi na si ahcun man lo in holh leh piaknak lei bawmchanh khawh na si. Auh khawhnak: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

**French:** Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-276-2020** (ATS : **1-888-765-9586**).

**Karen:** နမ့်ကတိံ ကညိံ ကျိံအယိံ, နမနံ ကျိံအတိံအစါလါ တလါဘျုးလါဘျုးနီတံဘျုးသ့န့လိံ. ကိံ: **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**).

**Amharic:** ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች: በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል: ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-276-2020** (መስማት ለተሳናቸው: **1-888-765-9586**)።

**Burmese:** အကယ်၍ သင်သည်မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့် ၎င်းအတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် **1-888-276-2020** (TTY: **1-888-765-9586**) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။