

# Autorización para compartir información médica

[Imprimir]

Este formulario se utiliza para compartir su información médica protegida ("PHI") cuando así lo exigen las leyes federales y estatales sobre la privacidad. Su autorización permite que First Choice<sup>SM</sup> by Select Health of South Carolina comparta su PHI con las personas u organizaciones que usted elige. También puede optar por permitir que las personas u organizaciones compartan su PHI con First Choice by Select Health of South Carolina. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a First Choice by Select Health of South Carolina. Comuníquese con Servicios al Miembro al **1-888-276-2020 (TTY 711)** para recibir más instrucciones.

## Parte A. Información del miembro: (la persona cuya PHI será compartida)

Nombre del miembro:		Inicial de segundo nombre:	
Apellido:		ID del miembro (ver tarjeta de ID):	
Dirección del miembro:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento del miembro:		Número de teléfono durante el día (incluir código de área):	

## Parte B. Destinatario: (la persona u organización que recibirá su PHI)

La siguiente persona u organización tiene derecho a recibir mi PHI:

¿Desea que la siguiente persona u organización comparta su PHI con nosotros también?  Sí  No

Nombre:		Apellido:	
Nombre de la organización (si corresponde):			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono (incluir código de área):			
Relación con el miembro mencionado en la Parte A:			

## Parte C. Descripción de la PHI que se compartirá:

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

**Registro completo.** Toda la PHI relacionada con la prestación y el pago de mis beneficios o servicios de atención médica. La ley federal exige dar una autorización por separado para compartir 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, nos autoriza a 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 "Solo información limitada" a continuación.

<input type="checkbox"/> Información genética	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Aborto y planificación familiar
<input type="checkbox"/> Consumo de sustancias o alcohol	<input type="checkbox"/> Enfermedades contagiosas
<input type="checkbox"/> Salud mental/conductual (incluido el tratamiento como paciente hospitalizado)	<input type="checkbox"/> Información que nos pidió tratar de manera confidencial

**Solo información limitada.** En el cuadro siguiente, describa la PHI que desea que compartamos. Ejemplos:

<ul style="list-style-type: none"><li>La reclamación relacionada con mi servicio el [date].</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Información de apelación relacionada con mi reclamación el [date].</li></ul>
---	--

Describa la información que desea que compartamos:

## Autorización para compartir información médica

### Parte D. Propósito de esta autorización

Esta autorización es válida para compartir PHI para los siguientes propósitos. (Marque una o ambas casillas).

Para ayudar a diagnosticar, tratar, administrar o pagar mis necesidades médicas.

**O**

Por el siguiente motivo:

Esta autorización no será válida si se utiliza para cualquier otro propósito que no esté entre los mencionados más arriba.

### Parte E. Fecha de expiración de esta autorización

Esta autorización expirará. (Marque una de las casillas).

Deseo que la autorización expire un (1) año después de que finalice mi cobertura con First Choice by Select Health of South Carolina. (Ver información a continuación)\*

**O**

En la fecha, evento o condición siguientes\*:

\* First Choice by Select Health of South Carolina debe ser notificado del evento o la condición para cancelar esta autorización. En North Carolina y New Jersey, esta autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En New Hampshire, la autorización expira automáticamente dos años después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En Louisiana, si usted solicita compartir su información genética, la autorización expira sesenta días después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa. En el Distrito de Columbia, si usted solicita compartir información sobre la salud mental, la autorización expira automáticamente un año después de la fecha en que se firmó, a menos que usted elija una fecha previa.

### Parte F. Aprobación: (usted **O** su representante personal deben firmar y poner la fecha en este formulario para que se considere completo)

Entiendo que firmar esta autorización para compartir mi PHI es voluntario y no es una condición para la inscripción en First Choice by Select Health of South Carolina, la elegibilidad para beneficios o el pago de reclamaciones. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una solicitud a First Choice by Select Health of South Carolina y que la cancelación de esta autorización no afectará a ninguna medida tomada en virtud de la autorización anterior a mi solicitud de cancelación. También entiendo que, si cancelo esta autorización, debo notificar por separado a las personas u organizaciones mencionadas en la Parte B anterior si deseo que esas personas u organizaciones dejen de compartir mi PHI. También entiendo que, si la persona u organización a las que autorizo recibir mi PHI descritas anteriormente no están sujetas a las leyes federales o estatales de privacidad de información médica, pueden compartir mi PHI y que la información ya no estará protegida por las leyes federales o estatales de privacidad. También entiendo que yo o mi representante personal tenemos derecho a recibir una copia de este formulario y a revisar la PHI que puede ser compartida en virtud de esta autorización.

### Firma del miembro: Al firmar a continuación, autorizo a compartir mi PHI como se describe anteriormente.

Firma del miembro:

Fecha:

**Información del representante personal: Al firmar a continuación, autorizo a compartir la PHI del miembro como se describe anteriormente. (Un representante personal es una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como el padre de un menor. Una copia de un poder notarial u otra documentación legal debe estar archivada en First Choice by Select Health of South Carolina o se debe presentar con este formulario).**

Nombre en letra de molde del representante personal:

Domicilio del representante:

Descripción de la autoridad del representante personal:

Firma del representante personal:

Fecha:

Número de teléfono:

## Autorización para compartir información médica

Envíe el formulario completado a: Consent Processing Center, P.O. Box 7092, London, KY 40742-7092

Número de fax: 1-833-214-2242 (sin cargo)

### 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 lo siguiente:

- El miembro recibió la información contenida en 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 imprenta:

Firma del testigo:

Fecha:        /        /

Nombre del testigo en letra imprenta:

Firma del testigo:

Fecha:        /        /

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

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

**FirstChoice**<sup>SM</sup>  
by Select Health of South Carolina  
**Your Hometown Health Plan**

Healthy Connections 

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