

A. Propósito y uso de este formulario

¿Qué es la información médica protegida (PHI)?

La información médica protegida (Protected Health Information, PHI) es toda información sobre su salud que puede vincularse con usted e incluir determinados datos, como su estado de salud, sus expedientes médicos y su historial de pago. WellSense debe mantener su PHI privada.

Compartir su PHI

La ley permite que WellSense comparta la mayor parte de su PHI, sin su autorización, por los siguientes motivos, entre otros:

- Para tratamiento de atención médica. Para ayudar a obtener el tratamiento de atención médica que necesita
- Para pago de servicios de atención médica. Para pagar o recibir pago por sus servicios de atención médica y para procesar sus reclamos
- Para operaciones de atención médica. Incluso administrar y coordinar su atención médica y mantener sus expedientes de atención médica.

¿Para qué sirve este formulario?

El propósito de este formulario es obtener su permiso, cuando sea necesario, para compartir su PHI internamente y con terceros para fines de administración de su atención. Para los fines de este formulario, "Terceros" puede incluir:

- Proveedores de atención médica que no están todavía involucrados en su atención. El Plan y el Sistema lo ayudarán a encontrar el tipo correcto de proveedor y lo ayudarán a programar citas.
- Organizaciones comunitarias que ofrecen servicios que pudiera necesitar, como vivienda o comida.

Puede elegir no dar su consentimiento. También puede limitar el tipo de PHI que compartimos y con quién la compartimos. Su decisión no afectará su inscripción en WellSense.

B. PHI especial o sensible

Podríamos necesitar su consentimiento para compartir PHI sensible internamente o con “terceros”. Parte de la PHI especial enumerada debajo podría aplicarse a usted. Marque el cuadro si nos da permiso para compartirla. Luego escriba sus iniciales.

Marque todos los que apliquen	Marca	Iniciales		Marca	Iniciales
Aborto	<input type="checkbox"/>		VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	
Atención/tratamiento de una menor embarazada	<input type="checkbox"/>		Informes de mamografía	<input type="checkbox"/>	
Violencia doméstica	<input type="checkbox"/>		Salud mental/conductual	<input type="checkbox"/>	
Planificación familiar	<input type="checkbox"/>		Ataque sexual	<input type="checkbox"/>	
Análisis y resultados genéticos	<input type="checkbox"/>		Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	
Los registros de tratamientos por consumo de alcohol/drogas				<input type="checkbox"/>	
<p>Comprendo que los registros de los tratamientos que he realizado por consumo de alcohol y/o drogas están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad y los registros de los pacientes con trastornos por consumo de sustancias, 42 C.F.R. parte 2, y por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, 45 C.F.R. partes 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que la ley establezca lo contrario.</p>					

C. Autorización para compartir PHI En esta sección, usted podrá decidir cómo desea que compartamos su PHI.

Lea cada afirmación de abajo. Elija una con la que esté de acuerdo. Luego marque el cuadro correspondiente y <u>coloque sus iniciales</u> .	Marca	Iniciales
Para posibilitar la administración de mi atención, autorizo WellSense a compartir mi información, en la medida en que la ley lo permita, con los “terceros” que deban ocuparse de proporcionar los servicios que necesito.	<input type="checkbox"/>	
Para posibilitar la administración de mi atención, solo autorizo WellSense a compartir mi información con los siguientes terceros que se ocuparán de	<input type="checkbox"/>	

proporcionarme los servicios que necesito:

No autorizo WellSense a compartir mi PHI con los siguientes terceros:

Entiendo que el WellSense puede no ser capaces de coordinar ciertos servicios para mí si no pueden compartir mi PHI. Su decisión no afectará su inscripción, elegibilidad o beneficios.

No autorizo al WellSense a compartir mi PHI con ningún tercero.

Entiendo que WellSense puede no ser capaces de coordinar ciertos servicios para mí si no pueden compartir mi PHI. Su decisión no afectará su inscripción, elegibilidad o beneficios.

Instrucciones especiales:

D. Vencimiento

Este formulario vencerá dos años después de que yo haya dejado de estar afiliado WellSense. Este consentimiento permanecerá en vigor si abandono y regreso como afiliado al Plan en un plazo de dos años. También es posible dar de baja la autorización en cualquier momento, mediante la presentación de un aviso de revocación por escrito o el envío del [formulario de revocación de divulgación de información](#) de WellSense con todos los datos requeridos, a la dirección que se detalla a continuación, o mediante el envío de un fax con la solicitud revocación al 617-951-3426. Su autorización para compartir su PHI finaliza enseguida de que WellSense reciba y procese su revocación. No se aplica a PHI que WellSense ya hayan compartido.

E. Aprobación. Usted O su representante personal deben firmar y colocar la fecha en este formulario.

Firma del afiliado: al firmar debajo, consciente, deliberada y voluntariamente autorizo WellSense a compartir mi PHI como se indica en este formulario. He leído y comprendo los términos de la autorización. He podido hacer preguntas sobre este formulario y sobre cómo compartir mi PHI.

(Si tiene preguntas sobre la PHI o este formulario, llame al 866-853-5241.)

Comprendo que, si las partes a las que autorizo en la Sección C a recibir y/o usar mi PHI no están sujetas a las leyes de privacidad de la información federales, estas pueden divulgar mi PHI y es posible que ya no esté protegida conforme a las leyes de privacidad de la información de salud.

Un **representante personal** tiene la autoridad legal de actuar en su nombre. Su representante legal debe estar mencionado en un documento por escrito **en el expediente** con WellSense. Dichos documentos pueden incluir una orden judicial, un poder legal, una solicitud de tutela o el [formulario de solicitud de designación de un representante personal](#) de WellSense. Usted también puede incluir dicha documentación junto con este formulario.

Firma del afiliado/representante personal _____

Nombre en imprenta _____ Fecha _____

N.º de identificación del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado _____

Puede enviar este formulario por fax o por correo.

Por fax: 617-951-3426

Por correo: WellSense Health Plan
ATTN: Care Management
529 Main Street, Suite 500
Charlestown, MA 02129