# Formulario de divulgación de información

WellSense HEALTH PLAN

**Cómo usar este formulario:** Puede utilizar este formulario para solicitar su historia clínica personal o para proporcionar permiso a WellSense para divulgar su información médica a un tercero.

**Importante:** WellSense Health Plan es una organización de atención administrada, no un proveedor médico. La compañía no proporciona tratamiento médico ni mantiene registros de tratamientos relacionados con miembros de WellSense. WellSense procesa los reclamos presentados por proveedores médicos y mantiene registros de dichos reclamos. Las solicitudes de expedientes médicos deben dirigirse a los proveedores médicos. Completar este formulario no afecta el pago de los servicios cubiertos, la inscripción en WellSense Health Plan ni su elegibilidad para beneficios.

Todos los campos en este formulario son obligatorios. Se devolverán los formularios incompletos o incorrectos.

## **Información del miembro** (escriba en letra de imprenta con claridad)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Su número de identificación de miembro (de su tarjeta de identificación de WellSense Health Plan) | | | |
| Apellido del miembro | | | |
| Primer nombre | | Inicial del segundo nombre | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono | | | |

## Información del producto

Seleccione todos los productos que correspondan en su caso:

**Massachusetts**

- ☐ MassHealth
- ☐ Clarity plans
- ☐ Senior Care Options

**New Hampshire**

- ☐ NH Medicaid
- ☐ NHMedicare Advantage HMO

## Tipo de solicitud

| Tipo de solicitud | Instrucciones |
|---|---|
| ☐ Inicial (nuevo) | Esta casilla es para iniciar una nueva solicitud y entra en vigencia desde que WellSense la reciba y procese hasta que usted presente una modificación o revocación. Complete todo el formulario. |

| | |
|---|---|
| ☐ Modificar (Cambiar) | Este cuadro tiene el fin de modificar una solicitud existente y entra en vigencia cuando WellSense la reciba y procese. Complete todo el formulario. |
| ☐ Revocar/Finalizar el _____ (mm/dd/aaaa) | Esta casilla finaliza una solicitud existente y entra en vigencia desde la fecha en que ingrese. WellSense no es responsable de actuar de buena fe antes de la recepción y el procesamiento de esta solicitud. Solo necesita completar las secciones información del miembro, información del producto, tipo de solicitud y firma de este formulario. |

## Destinatario (persona u organización que recibirá su información)

Por este medio autorizo a WellSense Health Plan a divulgar mi información de salud protegida por correo postal o correo electrónico seguro a:

| | | |
|---|---|---|
| Nombre de la persona u organización | Número de teléfono | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |

## Descripción de la información que se divulgará (qué tipo de información se divulgará)

| Marque todas las casillas que correspondan | Incluya el período de tiempo para la información solicitada | |
|---|---|---|
| ☐ Conjunto de registros designados (contiene información de inscripción, reclamos, administración de utilización de farmacias e información sobre administración de la atención) | Desde | Hasta |
| ☐ Documentos de decisión de beneficios de apelaciones | Fecha de la decisión final | |
| ☐ Responsabilidad de terceros | Desde | Hasta |
| ☐ Información de registro de llamadas de Servicios al Miembro | Desde | Hasta |
| ☐ Copago e información de costo compartido | Desde | Hasta |

## Propósito de la divulgación (por qué se solicitan estos archivos)

Ejemplo: A mi solicitud; para resolver mi apelación; para ayudar con mis servicios de seguro médico, para propósitos legales, etc.

Propósito

## Categorías especiales

La ley estatal y federal exige que dé autorización específica para divulgar la información de abajo, incluso si marcó la casilla de arriba. Indique su autorización para que WellSense Health Plan divulgue cualquiera de la siguiente información **poniendo sus iniciales en todos los que correspondan**.

| | Iniciales | | Iniciales |
|---|---|---|---|
| Análisis y resultados genéticos | | Ataque sexual | |
| Salud mental/salud conductual | | Abuso de alcohol/sustancias | |
| Violencia doméstica | | Enfermedades de transmisión sexual (ETS) | |
| VIH/SIDA | | Informes de mamografía | |
| Aborto | | | |

Esta autorización permanecerá vigente hasta la terminación de mi inscripción en WellSense Health Plan o hasta que proporcione una notificación por escrito de mi revocación a WellSense Health Plan a la dirección que se indica a continuación, lo que ocurra primero. Entiendo que mi revocación de mi autorización a WellSense Health Plan para la divulgación de mi información según lo descrito anteriormente entrará en vigencia una vez que WellSense Health Plan reciba y procese mi revocación por escrito y que la revocación no será válida cuando WellSense Health Plan ya haya actuado basándose en mi designación.

Comprendo que mis registros de tratamientos de alcohol y/o drogas están protegidos por las reglamentaciones federales que rigen los Registros del paciente de confidencialidad y trastornos por abuso de sustancias, 41 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 C.F.R. partes 160 y 164, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley establezca lo contrario. Comprendo que, previa solicitud, debo recibir una lista de entidades a las que se ha divulgado información de mi tratamiento por alcohol y/o drogas.

## Aprobación **(Usted O su representante personal deben firmar y colocar la fecha en este formulario para que esté completo).**

**Firma del miembro**

He leído y comprendo los términos de esta autorización, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y la divulgación de mi información médica. Con mi firma a continuación, autorizo por la presente, consciente y voluntariamente, la divulgación de mi información médica en la forma descrita anteriormente.

**Información del representante personal**

Un representante personal es una persona que tiene la facultad legal de actual en nombre de una persona. Una copia de un poder notarial, formulario de designación de representante personal u otro documento legal debe estar archivado en el plan de salud o debe presentarse junto con este formulario.

| Firma del miembro/Representante personal | Fecha |
| --- | --- |
| Nombre en letra de molde | |

Envíe el formulario por correo o fax a:

WellSense Health Plan

Attn: Privacy Officer

100 City Square, Suite 200

Charlestown, MA 02129

Fax: 617-897-0884