

A. Propósito y uso de este formulario

Las regulaciones del gobierno requieren que WellSense para obtener permiso de los miembros para utilizar y divulgar su información de salud protegida (PHI). PHI es definida por varias leyes estatales y federales, pero por lo general se refiere a la información relacionada con la salud que crea un proveedor de atención médica (por ejemplo, sus expedientes médicos); un plan de salud (por ejemplo, notas de manejo de atención o los registros del teléfono); o un centro de referencia de atención médica (por ejemplo, su información de reclamaciones). Con su permiso, WellSense utilizará su PHI para proporcionar cobertura para servicios de atención médica para usted, incluyendo compartir su PHI con otras partes de su equipo de atención primaria (PCT) incluyendo una organización de salud de comportamiento administrada acreditada NCQA (MBHO). Este formulario le permite a usted otorgar el permiso de WellSense para utilizar y divulgar su PHI y también le permite colocar restricciones sobre dicho permiso.

Nota: Las regulaciones federales y estatales proporcionan protección adicional para usted y las limitaciones sobre el uso o divulgación de la PHI más allá de los permisos o limitaciones documentados en este formulario. Las regulaciones federales y estatales proporcionan a WellSense el derecho a utilizar su PHI para tratamiento, pago u operaciones de atención. Este formulario no está diseñado para sustituir esos derechos.

B. Información del miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial Segundo nombre	Fecha del nacimiento	WellSense ID no.
Dirección física				
Ciudad	Estado	Código postal	Numero Teléfono	

C. Permisos para la recepción y uso de información

Permisos para el uso de información protegida de salud

Indique su permiso en relación con los tipos de información que WellSense puede recibir y usar al marcar la casilla y sus iniciales en donde se indica a continuación.

#	Cheque	Iniciales aquí	Otorgo mi permiso para que WellSense...
1	<input type="checkbox"/>		... reciba y use cualquier y todas mis PHI.
2	<input type="checkbox"/>		...reciba y use mi PHI excepto como se establece en la sección E a continuación.
3	<input type="checkbox"/>		Retengo mi permiso para que WellSense reciba o use mi PHI. Entiendo que sin el permiso para recibir y utilizar mi PHI, WellSense no puede brindar cobertura para servicios de atención médica para mí.

D. Permisos para la divulgación de información a otras partes

Indique su permiso con respecto al cual WellSense puede divulgar su PHI (por razones que no sean tratamiento, pago y operaciones que no requieren su permiso).

#	Marque	Iniciales aquí	Otorgo mi permiso para que WellSense...
1	<input type="checkbox"/>		...divulgue mi PHI a cualquier y todos los terceros que WellSense considere necesarios para proporcionar servicios a mí, incluyendo a los miembros de mi PCT, agencias estatales y otras personas.
2	<input type="checkbox"/>		...divulgue mi PHI a terceros excepto como se indica en la sección F a continuación.
3	<input type="checkbox"/>		Retengo mi autorización para divulgar mi PHI a las personas y organizaciones fuera de WellSense. Entiendo que sin el permiso para divulgar mi PHI, WellSense no puede brindar cobertura para servicios de atención médica para mí.

E. Restricciones o limitaciones en la recepción y uso de la PHI

Si usted selecciona la opción #1 o la opción #3 en la sección C, omite esta sección. Si usted selecciona la opción #2 en la sección C, utilice este espacio para indicar los tipos de recepción o utilice limitaciones que desea imponer.

F. Restricciones o limitaciones en la divulgación de la PHI

Si usted selecciona la opción #1 o la opción #3 en la sección D, omite esta sección. Si usted selecciona la opción #2 en la sección D, utilice este espacio para indicar los tipos de limitaciones de la divulgación que desea imponer.

G. Información sensible de una afección

Las regulaciones federales y estatales crean protecciones especiales para ciertos tipos de información acerca de las condiciones sensibles. WellSense debe obtener su permiso, además de permisos otorgados en las secciones C y D anterior, para compartir información acerca de cualquiera de las condiciones descritas en esta sección. Para otorgar el permiso para que WellSense utilice o divulgue esta información, usted debe marcar y poner sus iniciales en cada casilla, y usted (o su representante personal) debe firmar donde se indica a continuación.

Permisos para el uso de información protegida de salud



<input type="checkbox"/>	Salud del comportamiento	<input type="checkbox"/>	Alcohol y/o uso de sustancias
<input type="checkbox"/>	Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	Ataque sexual	<input type="checkbox"/>	SIDA/CRS o resultados de pruebas de VIH
<input type="checkbox"/>	Violencia doméstica	<input type="checkbox"/>	Informes de mamografía
Firma del miembro			Fecha
Firma del representante personal			Fecha

H. Representante personal:

Si usted ha dado permiso a otra persona para que actúe en su nombre, o para ser su representante personal, por favor proporcione la evidencia de esa autoridad al proporcionar una copia de la orden judicial, tutela, o mandato con representación legal, etc. o informarnos que usted tiene una designación del Representante Personal en nuestros archivos.

En el espacio a continuación, por favor proporcione una breve descripción de su delegación de autoridad:

I. Firma

Entiendo que los permisos que otorgo a WellSense permanecerán vigentes hasta que ya no esté inscrito con WellSense o yo revoque dicho permiso por escrito a mi Gerente de atención de WellSense en la dirección que figura a continuación, lo que ocurra primero. Entiendo que cualquier revocación de mi permiso solamente será efectiva en el cuarto (4) día hábil, después de haber recibido de WellSense mi revocación por escrito y que la revocatoria no será válida cuando WellSense puede haber actuado ya con base en mi permiso.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo los términos de esta autorización y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas a preguntas acerca de esta autorización en relación con el uso y divulgación de mi información médica protegida. Yo por este medio a sabiendas y voluntariamente, autorizo el uso y divulgación de mi información médica protegida de la manera descrita anteriormente.

Firma del miembro

Fecha

Nombre del representante personal (letra de molde)

Relación con el miembro (padre de familia/tutor)

Firma del Representante Personal

Cambios de permisos por correo en:

WellSense Health Plan
Attn: Member Enrollment
100 City Square, Suite 200
Charlestown, MA 02129

Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor llame a servicio al miembro al 855-833-8125 para información adicional. (Usuarios de TTY llamar al 711). El horario es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (desde el 1 de octubre al 14 de febrero los representantes estarán disponibles los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.).

Permisos para el uso de información protegida de salud



Opciones de atención para personas mayores del plan de WellSense (D-SNP) es un plan HMO con un contrato de Medicare Advantage y un contrato con el programa de Medicaid de Massachusetts. La inscripción en WellSense Senior Care Options depende de la renovación del contrato. WellSense Senior Care Options es un programa voluntario de MassHealth (Medicaid) en asociación con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid. WellSense Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla Español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 855-833-8125 (TTY: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 855-833-8125 (TTY: 711).