

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. Well Sense Health Plan (el Plan) y BMC Health System, Inc. (el Sistema) deben mantener su PHI privada.

Compartir su PHI

La ley permite que el Plan 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 el Plan.

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**.

	Marca	Iniciales		Marca	Iniciales
Análisis y resultados genéticos	<input type="checkbox"/>		VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>				
Los registros de tratamientos por consumo de alcohol/drogas (que incluyan información de reclamos, identidad de los profesionales a cargo de los				<input type="checkbox"/>	

<p>tratamientos, resultados de laboratorio, e información de diagnóstico y tratamiento) pueden compartirse con los empleados del Plan y del Sistema y sus contratistas, subcontratistas y representantes legales, los administradores y coordinadores de mi atención, las organizaciones comunitarias que participan en mi atención, y los profesionales a cargo de mi tratamiento, así como sus representantes, para la correcta aplicación de un tratamiento, y la coordinación y administración de la atención requerida.</p> <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> <p>Comprendo que, previa solicitud, debo recibir una lista de las entidades a las que se ha divulgado información de mis tratamientos por consumo de alcohol/drogas.</p>		
<p>C. Autorización para compartir PHI En esta sección, usted podrá decidir cómo desea que compartamos su PHI.</p>		
<p>Lea cada afirmación de abajo. Elija una con la que esté de acuerdo. Luego marque el cuadro correspondiente y coloque sus iniciales.</p>	<p>Marca</p>	<p>Iniciales</p>
<p>Para posibilitar la administración de mi atención, autorizo al Plan y al Sistema 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.</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Para posibilitar la administración de mi atención, solo autorizo al Plan y al Sistema a compartir mi información con los siguientes terceros que se ocuparán de proporcionarme los servicios que necesito:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>No autorizo al Plan ni al Sistema a compartir mi PHI con los siguientes terceros: _____</p> <p>_____</p> <p><i>Entiendo que el Plan y/o el Sistema pueden no ser capaces de coordinar ciertos servicios para mí si no pueden compartir mi PHI. Su decisión no afectará su inscripción, elegibilidad o beneficios.</i></p>	<input type="checkbox"/>	
<p>No autorizo al Plan ni al Sistema a compartir mi PHI con ningún tercero. <i>Entiendo que el Plan y/o el Sistema pueden no ser capaces de coordinar ciertos servicios para mí si no pueden compartir mi PHI. Su decisión no afectará su inscripción, elegibilidad o beneficios.</i></p>	<input type="checkbox"/>	

Instrucciones especiales: _____ _____	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--

D. Vencimiento

Este formulario vencerá dos años después de que yo haya dejado de estar afiliado al Plan. 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](#) del Plan, 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 866-409-5657. Su autorización para compartir su PHI finaliza enseguida de que el Plan reciba y procese su revocación. No se aplica a PHI que el Plan y/o el Sistema 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 al Plan y al Sistema 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 sobre este formulario, llame al 855-833-8119).

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 el Plan. 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](#) del Plan. 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: 866-409-5657

Por correo: Well Sense Health Plan
A/A: Care Management
1155 Elm Street, 6th floor
Manchester, NH 03101