

Requisitos para la divulgación de información del miembro



Summit Health se compromete a proteger la privacidad de nuestros miembros. Puede haber ocasiones en que un ser querido deba ayudar a tomar distintas decisiones referidas al seguro de salud, los acuerdos financieros, la elección del médico de atención primaria y otros asuntos del miembro. Para atender mejor a las necesidades de los miembros de nuestro plan Medicare Advantage de Summit Health y las de sus familias, queremos informarles sobre nuestra política de divulgación de información del miembro.

Summit Health no divulgará información del miembro a los familiares o amigos si no tiene uno (o más) de los siguientes formularios vigentes en sus registros:

- *Formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida del miembro* (adjunto).
- Documentos legales que establezcan la representación legal del miembro y que puedan dar lugar a discutir sobre cobertura médica, tratamientos y pagos. Entre los documentos legales se encuentran los siguientes:
 - Orden judicial de curador o tutor legal.
 - Poder notarial general.
 - Poder notarial para la atención médica.

Debido a sus diferentes contenidos, los documentos anteriores no garantizan que los seres queridos tengan el mismo acceso a la información o la misma capacidad para tomar decisión que el miembro o su representante legal.

Complete el formulario, fírmelo y colóquelo la fecha. Luego, envíelo por correo postal, correo electrónico o fax, o entréguelo al Departamento de Privacidad de Summit Health en:

Summit Health Plan, Inc. Attn: Privacy Department
601 SW Second Ave, Portland, OR 97204

Envíe por fax el *Formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida del miembro* al 503-412-4068.

Envíe por correo electrónico el *Formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida del miembro* a Privacy@YourSummithealth.com.

Importante: El formulario adjunto debe estar completo, firmado y fechado.

Formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida del miembro



Utilice este formulario para autorizar al plan Medicare Advantage de Summit Health a usar su información médica o a divulgarla a otras personas u otras compañías. El formulario de autorización se debe completar en su totalidad para que tenga validez. Complete la siguiente información exactamente como aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Sección 1 Datos del miembro

Datos del miembro cuya información médica será divulgada.

Apellido del miembro	Primer nombre del miembro	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento del miembro	Número de identificación de miembro	Número de grupo

Sección 2 Persona o compañía que recibirá esta información

Nombre de la persona o compañía con la que usted autoriza a Summit Health a compartir la información

La(s) siguiente(s) persona(s), centro o compañía tiene(n) el derecho de recibir mi información médica protegida (PHI) o información personal. (Deben tener 18 años o más). Complete la línea a continuación:

Nombre completo de quien recibe la información: _____

Sección 3 El motivo de mi autorización

Marque una opción:

- Discutir información relacionada con mi cobertura médica, tratamientos y pagos.
- Solo por este motivo o este/estos evento(s): _____
(Solo se aplica a un motivo o evento específico, por ejemplo, la resolución de un reclamo o una divulgación por única vez).
- Motivo legal

Sección 4 Información que Summit Health puede divulgar

Doy mi consentimiento para que Summit Health divulgue la siguiente información en mi nombre a la persona que se indica en la sección 2.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda la información (que se indica a la derecha):
Marque esta casilla si autoriza a que se comparta toda la PHI con la persona o compañía que se indica en la parte B arriba, excepto la información médica confidencial, si desea autorizar la divulgación de esta información. | Solo la información que se especifica a continuación:
(Marque cada una de las opciones que corresponda) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Elegibilidad o beneficios<input type="checkbox"/> Inscripción<input type="checkbox"/> Información sobre reclamos<input type="checkbox"/> Notas clínicas<input type="checkbox"/> Información médica (diagnóstico, tratamiento, medicamentos)<input type="checkbox"/> Información sobre primas, resolución de problemas o asuntos de facturación<input type="checkbox"/> Remisiones y autorización para servicios médicos |
|--|---|

Sección 5 También acepto que se divulgue información confidencial

Si la información que se usará o divulgará contiene cualquiera de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, pueden aplicarse otras leyes relacionadas con el uso y la divulgación de la información.

* Entiendo que mis registros sobre consumo de alcohol o sustancias están protegidos por las leyes y regulaciones federales y estatales de privacidad, y que no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito, salvo que las leyes y regulaciones lo estipulen de otro modo. Entiendo y acepto que la información a continuación solo se divulgará si **coloco mis iniciales** en el espacio correspondiente al lado de cada tipo de información.

Importante: Para autorizar a Summit Health a divulgar cierta información médica confidencial relativa a un menor de edad, se requiere la firma del menor.

____ VIH o sida.

____ Consumo de alcohol, drogas o sustancias (información relacionada con diagnósticos, tratamientos o remisiones)*.

____ Información genética (servicios o pruebas).

____ Maternidad o embarazo (salud reproductiva).

____ Información y registros sobre salud mental.

____ Enfermedad de transmisión sexual (pruebas y tratamiento).

Sección 6 Fecha de vencimiento de la autorización

Marque a continuación la **fecha de vencimiento** que desea para esta autorización (marque una opción):

Período **máximo** permitido de **24 meses** a partir de la fecha de la firma.

Otra fecha o evento indicado a continuación: (Solo si es inferior a 24 meses).

Si no se indica un evento o una fecha de vencimiento anterior, esta autorización tendrá vigencia hasta que transcurran 24 meses a partir de la fecha de la firma.

Sección 7 Revocación y revisión

Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco mi autorización, la información que se describió antes ya no se usará ni divulgará por los motivos establecidos en esta autorización por escrito, salvo en la medida en que Summit Health haya actuado con anterioridad como consecuencia de mi autorización. Todo uso o divulgación hecho anteriormente con mi autorización no puede ser reclamado. Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a la siguiente dirección:

Summit Health Plan, Inc.
Attn: Privacy Department
601 SW 2nd Ave
Portland, OR 97204

Indique que usted revoca esta autorización. Si está disponible, incluya una copia de la autorización original. De otro modo, incluya su nombre, número de identificación y fecha de nacimiento, y el nombre de la(s) persona(s) que desea revocar como receptor(es) de su información médica protegida.

La revocación entrará en vigor de inmediato una vez que Summit Health reciba y procese su declaración por escrito. *Tenga en cuenta que si autorizó ÚNICAMENTE la divulgación de los registros de consumo de alcohol o sustancias, puede revocar esta autorización de forma verbal. La revocación referida a todos los otros tipos de registros médicos se debe hacer por escrito.*

He leído el contenido de esta autorización. Entiendo, acepto y doy mi permiso para que Summit Health use y divulgue mi información como lo indiqué antes. También entiendo que la firma de este formulario de autorización es por voluntad propia. Entiendo que Summit Health no me obliga a firmar este formulario de autorización para recibir tratamiento, pagos o servicios. La información usada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a nuevas divulgaciones y ya no estar protegida por las leyes federales. Sin embargo, también entiendo que las leyes federales y estatales puede restringir nuevas divulgaciones de información relativa a pruebas o resultados de VIH o sida, información de salud mental, información genética e información relacionada con diagnósticos, tratamientos o remisiones de consumo de alcohol o drogas.

Sección 8 Firma del miembro o del representante legal y fecha

Por: _____ Fecha: _____

(Firma del miembro)

O

Por: _____ Fecha: _____

(Firma del tutor o representante legal designado del miembro)

Relación con el miembro:

- Padre o madre
- Tutor legal*
- Apoderado*

*** Si otra persona que no es el miembro, el padre o la madre, pero es su representante legal o apoderado firma este formulario, adjunte la documentación legal.**

* Nota para los padres o tutores legales de menores de edad: Las leyes estatales pueden prohibir que Summit Health actúe según su voluntad respecto de la información confidencial si no cuenta con la autorización del miembro menor de edad. (Tanto el padre/la madre como el menor deben firmar).

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS.

Medidas y permisos adicionales

Se pueden tomar otras medidas, más allá de compartir la PHI, en nombre del miembro si lo solicita. Para que otra persona que no sea el miembro haga los cambios que se enumeran a continuación, Summit Health deben tener en sus registros documentación legal válida, como un poder notarial, o esta debe acompañar la solicitud.

Solo el formulario de autorización para la divulgación de PHI completo y firmado no será suficiente.

Medidas y permisos adicionales

- Solicitar un nueva tarjeta de identificación.
- Cambiar la dirección.
- Cambiar el número de teléfono.
- Cambiar la dirección de correo electrónico.
- Investigar/elegir/cambiar el médico de atención primaria.
- Inscribirse o cancelar la inscripción al plan.
- Corregir información demográfica errónea o faltante (edad, sexo, estado civil, raza).