

Autorización sobre información médica protegida (PHI)

Uso y divulgación de información médica protegida



La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*), las regulaciones federales y la legislación de California requieren que se complete esta autorización para permitir que Inland Empire Health Plan (IEHP) use y divulgue información médica protegida (*Protected Health Information, PHI*).

Nombre del Miembro **N.º de Identificación del Miembro o N.º de Seguro Social** **Fecha de Nacimiento**

Por favor, indique el tipo de registros de PHI que solicita:*

OBLIGATORIO

- Receta médica Administración de casos de quejas formales y apelaciones
 Referencias/autorizaciones Quejas/facturación Inscripción/elegibilidad

Introduzca el intervalo de fechas de los registros de PHI solicitados: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Indique los propósitos para divulgar o usar la PHI:

- Legales Uso personal Seguro médico Otro (por favor, especifique) _____
 Manejo de la atención Coordinación de Atención Médica

* IEHP no conserva registros médicos o clínicos individuales. Estos registros están bajo custodia de profesionales/entidades que proporcionaron los servicios médicos; es decir, Médicos de Atención Primaria, especialistas, hospitales, etc.

Por favor, marque la(s) casilla(s) siguiente(s) si desea que esta autorización incluya el (los) siguiente(s) registro(s). Serán excluidos los registros que no se hayan marcado en las casillas.

- Trastorno por abuso de sustancias Información de tratamiento de salud mental (esto NO incluye notas de psicoterapia)
 Información de resultados de pruebas y tratamiento de VIH Otros servicios sensibles*
* Los "servicios sensibles" incluyen atención médica sexual y reproductiva, salud mental, asesoría y atención en caso de agresión sexual, atención para afirmación de género, atención en caso de violencia doméstica y tratamiento para abuso de alcohol y drogas (Sección 56.05 del Código Civil de California).

SOLICITUD DE REGISTRO

Opciones de entrega: (por favor, marque una)

OBLIGATORIO

- Entrega por FedEx (sin cargo para el miembro): No disponible para apartados postales
Domicilio de entrega _____
 Portal de correo electrónico seguro*
Dirección de correo electrónico _____

* Para proteger su privacidad, IEHP envía PHI a través de un portal de correo electrónico seguro. Cuando lo solicite, IEHP puede enviar su PHI a través de un portal de correo electrónico no cifrado y no seguro. Sin embargo, IEHP no se hace responsable de violaciones que pudieran ocurrir si la PHI se envía a través de un correo electrónico no cifrado y no seguro. Si va a solicitar que IEHP le envíe su PHI por medio de un portal de correo electrónico no cifrado y no seguro y si acepta los riesgos de seguridad con este método, ponga sus iniciales aquí _____.

ENTREGA DE REGISTROS

Autorización sobre información médica protegida (PHI)

Uso y divulgación de información médica protegida



AUTORIZACIÓN

Por la presente autorizo a IEHP a revelar los registros a: _____

OBLIGATORIO

Nombre de la persona o entidad

Domicilio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

FIRMAS

Leí esta autorización y acepto el uso y la divulgación de la PHI especificada.

OBLIGATORIO

Nombre del miembro (en letra de imprenta) _____

Firma del miembro _____

Fecha _____

Si firma a nombre del miembro, describa su autoridad para actuar en nombre del miembro (por ejemplo, padre o madre de un menor de edad, o su tutor legal): _____

Nota: La documentación adecuada de la autoridad del representante legal debe estar registrada en IEHP.

Nombre del representante legal del miembro (en letra de imprenta) _____

Firma del representante legal del miembro _____

Fecha _____

Esta autorización entra en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el ____ / ____ / ____ (fecha de finalización)

Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento, excepto en la medida en que cualquier otro poseedor legítimo de información de identificación del paciente que esté autorizado a divulgarla ya haya actuado en virtud del mismo.

DIVULGACIONES

AVISO SOBRE LOS DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. El hecho de que me niegue a firmarla no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, un pago o la elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando mi revocación sea por escrito. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia. Además, entiendo que si la información proporcionada en esta autorización se divulga (se da) a otra persona o agencia, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California no permite que la persona que reciba la información de salud por medio de esta autorización la divulgue a menos que yo otorgue una nueva autorización para tal divulgación o a menos que la ley exija o permita específicamente tal divulgación.

Entiendo que mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los registros de pacientes con trastornos por abuso de sustancias, Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), Parte 2, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996 y el Título 45 del C.F.R., puntos 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

IEHP trabajará en esta solicitud en un plazo de 30 días desde la fecha en que se recibió la autorización o en un plazo de 60 días si la información solicitada no se encuentra o no está accesible para IEHP en sus instalaciones.

**Por favor, complete todas las secciones obligatorias,
y firme y devuelva esta autorización a:**

Inland Empire Health Plan | Attn: Legal Department
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729
Fax: (909) 477-8578 | Correo electrónico: Legal@iehp.org