



Autorización para la divulgación de información médica protegida (PHI)

Información Médica Protegida (PHI) se refiere a información sobre su salud. Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su PHI. Al firmar este documento, usted nos da brinda su **autorización**. Solo divulgaremos aquella PHI que usted autorice. Y solo se la otorgaremos a las personas o agencias que usted indique.

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de identificación de miembro	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de teléfono
Calle		
Ciudad, estado y código postal		

2. ¿A quién se le puede entregar la PHI?

Nombre de la persona o de la compañía	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	
Nombre de la persona o de la compañía	Número de teléfono
Calle	
Ciudad, estado y código postal	

3. ¿Qué PHI podemos compartir?

Solo compartiremos la PHI que usted **autorice**. Marque la casilla para indicar qué tipo de PHI nos autoriza a divulgar.

- Cualquier información solicitada Información de salud (médica, dental, farmacéutica y de la visión)
 Atención a largo plazo Registros de administración de pacientes

Información confidencial: (esta información incluye detalles sobre su diagnóstico o tratamiento)

- Trastornos por abuso de sustancias VIH/SIDA Enfermedades de transmisión sexual (alcohol/drogas)
 Salud conductual/salud mental (EXCEPTO notas de psicoterapia)
 Otro tipo de información (explique) _____

4. ¿Por qué divulga esta PHI?

Motivo/propósito:

5. Este formulario es válido durante un año, a menos que indique un período más corto a continuación.

Mi AUTORIZACIÓN es válida desde:

_____ hasta _____
MM/DD/AAAA

_____ hasta _____

_____ hasta _____
MM/DD/AAAA

Al firmar a continuación, comprendo y acepto lo siguiente:

- Puedo retirar mi **autorización** escribiendo a la dirección que se encuentra en este formulario.
- Si retira su **autorización**, no recuperará la PHI que ya hayamos divulgado. No obstante, no compartiremos más su PHI.
- Mi posibilidad de inscribirme al seguro no cambiará si no firmo este formulario.
- Cualquiera que obtenga mi PHI podría compartirla con otras personas. Eso significa que las leyes podrían no proteger mi PHI.
- La PHI que **autorizo** a compartir puede incluir lo siguiente:
 - Información sobre afecciones médicas y tratamiento
 - Enfermedades crónicas
 - Afecciones de salud conductual/mental
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias(alcohol/drogas)
 - Información sobre enfermedades contagiosas, enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA) y marcadores genéticos
- Puedo solicitar una copia de esta **autorización** por escrito a la dirección que figura en este formulario.
- Mercy Care no divulgará mi PHI con quien yo mencioné, a menos que firme este formulario; no la compartirá con nadie más.

ATENCIÓN:

Debo firmar este formulario si ocurre algo de lo siguiente.

- Tengo 18 años o más.
- Tengo menos de 18 años y estoy casado/a o emancipado/a.
- Mi estado me permite recibir tratamiento, incluso si mis padres o tutor legal no están de acuerdo.
- La PHI sobre mí que se va a divulgar puede incluir una o más de las siguientes afecciones:
 - Afecciones de salud conductual/mental
 - Diagnóstico o tratamiento de trastornos por abuso de sustancias(alcohol/drogas)
 - Enfermedades de transmisión sexual (incluidos VIH/SIDA)
 - Salud reproductiva (incluidos métodos anticonceptivos, atención prenatal y aborto)

6. Firma del miembro o del representante autorizado.

Firma	Fecha
Nombre en letra de imprenta	
Si un representante legal firmó este formulario, describa la relación que los vincula: (padre, tutor legal, apoderado, representante personal)	

Representante autorizado significa que usted cuenta con evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

Un representante firma en nombre de una persona que, legalmente, no puede firmar por sí misma. Si el miembro es menor de 18 años, el padre o tutor legal debe firmar en nombre del menor. Si usted es un representante, cuando firma este formulario, debe enviar la evidencia legal que indica que puede actuar en nombre de esta persona.

¿Tiene alguna pregunta? Nosotros podemos ayudarlo. **Llame a Mercy Care al 800-624-3879.**

**Firme y envíe este formulario completo
a la dirección que figura debajo:**

**Mercy Care
Member Services
4500 E. Cotton Center Blvd.
Phoenix, AZ 85040**

Aviso de no discriminación

Mercy Care cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Mercy Care no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Mercy Care:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita un intérprete calificado, información escrita en otros formatos, servicios de traducción u otros servicios, llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104 (TTY: 711)**.

Si considera que Mercy Care no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante nuestro coordinador de Derechos Civiles a la siguiente dirección:

Dirección: Attn: Civil Rights Coordinator
4500 East Cotton Center Boulevard
Phoenix, AZ 85040

Teléfono: **1-888-234-7358 (TTY 711)**

Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@mercycaresaz.org

Puede presentar una queja en persona o por correo postal o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de Derechos Civiles está disponible para brindarle ayuda.

También puede presentar un reclamo de derecho civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o bien, puede hacerlo por correo electrónico o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamo están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

86.03.322.1-AZ

