

1. ¿Quién es el miembro de Medicaid?

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.

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 pos	tal		
2. ¿A quién se le puede en	tregar la PHI?		
Nombre de la persona o de la compañía		Número de teléfono	
Calle		I	
Ciudad, estado y código pos	tal		
Nombre de la persona o de la compañía		Número de teléfono	
Calle			
Ciudad, estado y código pos	tal		

Solo compartiremos la PHI que usted auto autoriza a divulgar.	orice. Marque la casilla	para indicar qué tipo de PHI nos
☐ Cualquier información solicitada ☐ Info☐ Atención a largo plazo ☐ Registros	ormación de salud (méd de administración de p	•
Información confidencial: (esta información Trastornos por abuso de sustancias (alcohol/drogas) ☐ Salud conductual/salud mental (EXCEP	☐ VIH/SIDA ☐ E	Enfermedades de transmisión sexual
☐ Otro tipo de información (explique)		
4. ¿Por qué divulga esta PHI?		
 5. Este formulario es válido durante un a a continuación. Mi AUTORIZACIÓN es válida desde: 	ño, a menos que ind	que un período más corto
MI AUTORIZACION es valida desde.	hasta	
MM/DD/AAAA		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 vincul apoderado, representante personal)	a: (padre, tutor legal,

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:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o 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:
 - o Intérpretes calificados
 - o 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:

Attn: Civil Rights Coordinator Dirección:

4500 East Cotton Center Boulevard

Phoenix, AZ 85040

Teléfono: 1-888-234-7358 (TTY 711)

Correo electrónico: MedicaidCRCoordinator@mercycareaz.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

Multi-language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on the back of your ID card or **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación o al **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

NAVAJO: Díí BAA AKÓNÍNÍZIN: Díí bee yániłti'go, saad bee áká'ánída'awo'dę́ę', t'áá jiik'eh, éí ná hólǫ. Ninaaltsoos nitł'izí bee nééhozinígíí bine'dę́ę' béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih doodago 1-800-385-4104 (TTY: 711) hólne' dooleeł.

CHINESE: 注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電您的 ID 卡背面的電話號碼或 1-800-385-4104 (TTY: 711)。

VIETNAMESE: CHÚ Ý: nếu bạn nói tiếng việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số có ở mặt sau thẻ id của bạn hoặc **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث باللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل على الرقم الموجود خلف بطاقتك الشخصية أو عل 4104-885-800-1 (للصم والبكم: 711).

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng wikang Tagalog, mayroon kang magagamit na mga libreng serbisyo para sa tulong sa wika. Tumawag sa numero na nasa likod ng iyong ID card o sa **1-800-385-4104** (TTY: **711**).

KOREAN: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 번호로나 1-800-385-4104 (TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오.

FRENCH: ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro indiqué au verso de votre carte d'identité ou le **1-800-385-4104** (ATS: **711**).

GERMAN: ACHTUNG: Wenn Sie deutschen sprechen, können Sie unseren kostenlosen Sprachservice nutzen. Rufen Sie die Nummer auf der Rückseite Ihrer ID-Karte oder **1-800-385-4104** (TTY: **711**) an.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги перевода. Позвоните по номеру, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карточки, или по номеру **1-800-385-4104** (ТТҮ: **711**).

JAPANESE: 注意事項:日本語をお話になる方は、無料で言語サポートのサービスをご利用いただけます。 IDカード裏面の電話番号、または1-800-385-4104 (TTY: 711)までご連絡ください。

اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، به صورت رایگان می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره می توانید به خدمات کمک زبانی دسترسی داشته باشید. با شماره 4104-385-800 (TTY: 711) تماس بگیرید.

SYRIAC: מסיר ביל שם הישה הלשכשלה בעולה וכלפים משלבעה הלשים ולשכל ולשכל ולשכל שב ביל עם ביל שם הישה הלעולה ביל שם הישה הלעולה ביל שם הישה הלעולה ביל שם הישה ללעולה ביל שם הישה הישה ביל שם הישה ביל הישה ביל שם הישה ביל שם הישה ביל הישה ביל ביל שם הישה ביל הישה

SERBO-CROATIAN: OBAVEŠTENJE: Ako govorite srpski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Pozovite broj na poleđini vaše identifikacione kartice ili broj **1-800-385-4104** (TTY – telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: **711**).

SOMALI: FEEJIGNAAN: Haddii af-Soomaali aad ku hadasho, adeegyada gargaarka luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Wac lambarka ku qoran dhabarka dambe ee kaarkaaga aqoonsiga ama **1-800-385-4104** (Kuwa Magalka ku Adag **711**).

THAI: ข้อควรระวัง: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทรติดต่อหมายเลขที่อยู่ด้านหลังบัตร ID ของคณ หรือหมายเลข **1-800-385-4104** (TTY: **711**)

MC-1449

[&]quot;Mercy Care" también incluye las subsidiarias, las filiales, los empleados, los agentes y los subcontratistas de Mercy Care.