

¿Quiere compartir su información médica con alguien?

eternalHealth lo tiene cubierto. Estamos aquí para apoyar a nuestros miembros y sabemos que tomar decisiones médicas por sí solos puede ser abrumador. Compartir su información de salud con alguien puede permitirle ayudarlo con sus necesidades de atención médica y ser parte de su proceso de atención.

¿Cuál es mi información médica protegida y por qué es importante?

Su *Información Médica Protegida* (PHI) abarca elementos detallados como su plan de seguro médico, los beneficios de su plan, su información de facturación y pago, su afección de salud mental y física, los resultados de los exámenes de los servicios de pruebas, cualquier anotación que su médico pueda tener para usted, y otros detalles privados sobre su salud. Como plan de salud, almacenamos esta información, pero usted tiene la posibilidad de elegir cómo se comparte esta información.

Como lo sugiere su nombre, su información médica protegida está, de hecho, protegida por la ley. Cuando comparte cualquier información con su proveedor o plan, está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y otras leyes de privacidad federales y estatales. Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad conforme a la HIPAA, el Department of Health and Human Service (Departamento de Salud y Servicios Humanos, HHS) cuenta con una página de preguntas frecuentes que puede consultar en <http://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/faq/index.html>.

En eternalHealth mantenemos la privacidad y la protección de su información de salud. Mantenerlo seguro es algo que nos tomamos muy en serio. Sin embargo, sabemos que a veces podrá necesitar o desear ayuda con su proceso de atención médica. Solo queremos recordarles a nuestros miembros que:

la autoridad y el poder están en sus manos; usted elige quiénes ven su información de salud privada, cuándo la ven y por cuánto tiempo tienen acceso a ella.

¿Con quién desearía compartir mi PHI?

Si desea recibir ayuda de alguien, ya sea su cónyuge, pareja, familiar, amigo o alguien en quien confíe, es posible que quiera compartir su PHI con esa persona. Puede haber ocasiones en las que:

- se enferma repentinamente y necesita que alguien llame y hable con un médico o enfermero en su nombre;
- quisiera que alguien verifique una reclamación existente o que presente una nueva reclamación en su nombre;
- quisiera que un hijo o un cuidador le ayudara a manejar sus facturas y analizar las opciones y beneficios de su plan.

Para cualquiera de estas situaciones, o en otros casos en los que podría necesitar ayuda con su atención, eternalHealth deberá obtener su permiso para que otra persona tenga acceso a su PHI. Esto nos permite comunicarnos directamente con ellos sobre lo mejor para *usted*.

¿Con quién debo compartir mi PHI?

Puede compartir su información de salud con cualquier persona. Por lo general, las personas comparten su información con una persona u organización de confianza que pueda trabajar junto a ellos o representarlos en su nombre. Esto normalmente se hace para que un miembro pueda obtener ayuda con algo en su proceso de atención. Sin embargo, asegúrese de verificar las leyes federales y estatales para protegerse y asegurarse de que las personas con las que desea compartir su información no puedan compartirla libremente.

¿Cuándo dejan de tener acceso las personas a mi PHI?

A menos que nos indique lo contrario, el consentimiento que nos proporciona finaliza sesenta (60) días después de la fecha en que firmó la Autorización para la divulgación de Información Médica Protegida (PHI). Esto significa que tendrán acceso a su información durante sesenta (60) días.

¿Es obligatorio completar el formulario de PHI?

No, solo deberá llenar este formulario si desea compartir su PHI con alguien. Si desea mantener la privacidad de su información, puede omitir este formulario. De cualquier manera, su cobertura no se verá afectada.

Autorización para la divulgación de Información Médica Protegida (PHI) Díganos cómo compartir su PHI.

Información del miembro:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: __/__/_____ Número de identificación del miembro: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Qué compartir (Seleccione uno solamente)

- Toda la PHI. Esto incluye, entre otros, la información sobre su afección médica, tratamientos, medicamentos recetados y detalles de facturación.
- Información limitada. Díganos qué información quiere compartir. Por ejemplo, puede ser solo su información sobre una afección de salud específica o de un cierto período. O información específica, como detalles médicos, de farmacia o de facturación. Especifique en la línea siguiente:

Período de tiempo (si corresponde): Desde: __/__/__ hasta: __/__/__

Independientemente de la opción que elija compartir, podemos limitar ciertos detalles si lo especifica a continuación. Marque cualquiera de las siguientes opciones que NO desea compartir.

- Pruebas y registros del tratamiento de SIDA o el VIH
- Registros del tratamiento por abuso de drogas y alcohol
- Información genética, como resultados de pruebas genéticas
- Registros de tratamiento de salud mental
- Registros de psicoterapia

Objetivo de la liberación:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Uso personal | <input type="checkbox"/> Pago/reclamación del seguro | <input type="checkbox"/> Determinación de discapacidad del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Atención continua | <input type="checkbox"/> Litigio/Legal | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Transferencia de atención | <input type="checkbox"/> Apelación del Seguro Social | |

Fecha de finalización: este formulario permanecerá en vigor durante sesenta (60) días. Si desea especificar una fecha de finalización diferente, escríbala a continuación: __/__/__

Con quién compartir:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre de la organización: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Relación con el miembro:

Cónyuge: _____ Padre/madre: _____ Representante/agente: _____ Hermano: _____

Hijo: _____ Amigo: _____ Otro (especifique): _____

- Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito a eternalHealth. La revocación no se aplicará a la información que ya se divulgó en respuesta a esta autorización.
- Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización para recibir tratamiento médico.
- Los registros de eternalHealth pueden incluir registros recibidos de otras organizaciones. Si estos registros se utilizaron por eternalHealth y se archivaron en el registro que conserva sobre usted, estos registros pueden ser liberados con sus registros de eternalHealth.
- eternalHealth no puede evitar que la persona u organización que reciba sus registros en virtud de esta autorización vuelva a divulgar su información, y es posible que esa información no esté cubierta por las protecciones de privacidad estatales y federales después de su divulgación. Al firmar esta autorización, usted libera a eternalHealth de toda responsabilidad derivada de una nueva divulgación por parte del destinatario.

Su firma indica que ha leído y comprendido este formulario y autoriza la divulgación de su información como se describe anteriormente.

Firma del miembro o representante personal: _____

Nombre en letra de imprenta del miembro o representante personal: _____

Fecha: _____

IMPORTANTE: los representantes personales deberán adjuntar evidencia a esta autorización de que pueden actuar en nombre del miembro (por ejemplo, poder notarial de atención médica, formulario de poder para atención médica, formulario de sustituto de atención médica o documentos de tutela).

Envíe su formulario completo a:
eternalHealth
PO Box 1375
Westborough, MA
01581