**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL**

**Nombre del Miembro** **(en letra de imprenta):**

**Fecha de nacimiento del miembro (en letra de imprenta):**

**Clínico/Representante del proveedor (en letra de imprenta):**

**Explicación de este formulario**

Pronto tendrá un plan de salud diferente que administre sus beneficios de atención médica de Medicaid. Para asegurarnos de que su nuevo plan de salud tenga la información que necesita para seguir proporcionándole acceso a su atención médica y el pago de la misma, necesitamos su consentimiento para compartir los registros sobre su tratamiento con su nuevo plan de salud. Puede revocar su consentimiento en cualquier momento firmando la sección de revocación de este formulario y entregándolo al nombre del PHP aquí. Puede indicarnos durante cuánto tiempo desea que este consentimiento sea válido, o puede indicarnos un acontecimiento o condición a partir del cual caducará. Si no nos indica otro plazo, su consentimiento será válido durante un año. Se le entregará una copia de este formulario para que la conserve.

**Autorización para compartir sus expedientes**

Para garantizar que mis servicios actuales no se interrumpan y para que mi nuevo plan de salud pueda prestarme un apoyo eficaz, yo name of member/patient or legally responsible person autorizo name of PHP a transferir y compartir información relacionada con mis autorizaciones previas, tratamiento recibido y planes de atención con:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del plan de salud** | **Escriba sus iniciales junto al plan de salud correspondiente. Si el miembro no conoce su plan de salud, el proveedor puede reflejar la asignación del plan de salud con una X y obtener las iniciales del miembro para confirmar el consentimiento.** |
| AmeriHealth Caritas |  |
| Carolina Complete Health |  |
| Healthy Blue |  |
| United Healthcare |  |
| WellCare |  |
| Alliance |  |
| Eastpointe |  |
| Partners |  |
| Sandhills |  |
| Trillium |  |
| Vaya Health |  |
| Local Health Department (especifique): Click to enter text. |  |

Al firmar este formulario, autorizo name of PHP a compartir la siguiente información específica con el plan de salud identificado anteriormente, que puede incluir información relativa a mi diagnóstico, condición y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias:

1. Mi nombre, dirección y otros datos de identificación personal, incluido mi número de seguro social y el número de identificación de Medicaid
2. Información sobre el tratamiento del consumo de sustancias, incluidos el diagnóstico, el tratamiento, los servicios, los planes centrados en la persona, la información sobre la revisión de la utilización, las autorizaciones previas de servicios y los planes de atención
3. Informes de progreso y cumplimiento del tratamiento por consumo de sustancias
4. Medicamentos y motivo de la receta médica
5. Información sobre enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, incluido el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, hepatitis y tuberculosis
6. Información financiera, incluida la información sobre el plan de salud o los beneficios de salud
7. Otros (especifíquese, si procede):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Revocación y vencimiento**

Entiendo que tengo el derecho de terminar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una persona o agencia a la que se le permite hacer una divulgación ya haya tomado una acción basándose en ella. Si no se revoca antes, o en la fecha, evento o condición que se establece a continuación, esta autorización vence automáticamente un año después de la fecha en que se firmó o cuando se cancele mi inscripción en Medicaid de Carolina del Norte. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Voluntariedad**

Entiendo que tengo el derecho legal de negarme a firmar este formulario de autorización. Si decido no firmar este formulario, entiendo que los proveedores de atención médica y los planes de salud no pueden negarse a proporcionar tratamiento, el pago del tratamiento, la inscripción en un plan de salud, o la elegibilidad para los beneficios del plan de salud debido a mi negación a firmar.

**Divulgación y confidencialidad**

Mi firma a continuación indica que entiendo qué información se divulgará y la necesidad de divulgarla a mi nuevo plan de salud. Asimismo, entiendo que la información que se divulgará puede incluir información relativa a mi diagnóstico, condición o tratamiento de trastorno por consumo de sustancias o infección por VIH, SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA. La información relativa a la infección por el VIH, el SIDA o las condiciones relacionadas con el SIDA sólo se divulgará de conformidad con N.C.G.S. §130A-143. Además, la información relacionada con mi diagnóstico, estado o tratamiento del trastorno por consumo de sustancias que figura en mi expediente está protegida por las normas federales y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, salvo que se disponga lo contrario en 42 CFR Parte 2. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, salvo lo dispuesto en §2.12(c)(5). Una vez divulgada la información en virtud de la autorización firmada, entiendo que la ley federal de privacidad (45 CFR Parte 164) que protege la información médica puede no aplicarse al beneficiario de la información y, por lo tanto, pueden no prohibir que el beneficiario la vuelva a divulgar. Otras leyes, sin embargo, pueden prohibir la redivulgación. Entiendo que cuando revelen información sobre mi salud mental, discapacidad intelectual y del desarrollo protegida por la ley estatal (N.C.G.S. §122C-52) información sobre diagnóstico, condición o tratamiento de trastornos por consumo de sustancias protegidos por la ley federal (42 CFR Parte 2), debe informar al beneficiario de que la nueva divulgación está prohibida salvo en los casos permitidos o exigidos por estas dos leyes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del miembro menor de 18 años Fecha*

*(Si se requiere información sobre trastornos por consumo de sustancias)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del miembro Fecha*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma de la persona legalmente responsable Fecha*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre completo y relación de la persona legalmente responsable*

*Consentimiento verbal recibido del miembro/responsable legal mencionado anteriormente*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma de la persona que ha recibido el consentimiento verbal Fecha Hora*

**Sección de revocación ( Por favor, complete sólo si está revocando el consentimiento)**

Revoco esta autorización para divulgar información médica confidencial de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, firmado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Esta revocación surtirá efecto el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entiendo que las acciones tomadas en base a esta autorización antes de esta fecha de revocación son legales y vinculantes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma del miembro Fecha*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma de la persona legalmente responsable Fecha*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nombre completo y relación de la persona legalmente responsable*

**NOTIFICACIÓN DE PROHIBICIÓN DE VOLVER A DIVULGAR LOS EXPEDIENTES DE LA PARTE 2**

Este expediente que se le ha comunicado está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar este expediente a menos que la divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona cuya información se divulga en este expediente o esté permitida de otro modo por (42 CFR Parte 2). Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin (see § 2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto en lo previsto en §§ 2.12(c)(5) y 2.65.