

Consentimiento para miembros sobre la divulgación de información médica protegida

Utilice este formulario para permitir que Care N' Care comparta su información médica protegida (PHI) con un individuo o con una organización.

Miembro que otorga el consentimiento

Este formulario puede utilizarse solamente para un miembro. Presente un formulario separado para cada miembro.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Número de identificación de la persona inscrita (número en la tarjeta de identificación que comienza con 1 a 3 letras) _____
Dirección _____ Teléfono de día _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información médica protegida a compartir (marque una)

- Toda la información (incluidos los registros de información personal, de salud, demográfica, de quejas, de facturación y médicos)
- Solamente información limitada (como la información sobre tratamientos específicos, fechas de servicio o detalles de la facturación)
- Describa _____

Marque a continuación si también le gustaría incluir alguna de la siguiente información altamente protegida (conocida como Super PHI):

- Registros sobre el abuso de sustancias (incluido el alcoholismo)
- Registros sobre tratamientos para el SIDA o VIH
- Servicios de salud mental (no incluye las notas de la psicoterapia)

Persona u organización que puede recibir su información

Nota: si se comparte información con una persona u organización que no está obligada por ley a respetar las leyes de privacidad, la información puede compartirse con otros y deja de estar protegida.

Escriba en letra imprenta el nombre y el apellido de la persona y el nombre de la organización lo más detallado posible (por ejemplo, nombre del hospital y departamento).

Nombre completo del receptor: _____

Marque la casilla a continuación que describa su relación con la persona u organización.

- Familiar
- Amigo
- Médico o proveedor de atención médica
- Otra (describa): _____

Nombre completo del receptor: _____

Marque la casilla a continuación que describa su relación con la persona u organización.

- Familiar
- Amigo
- Médico o proveedor de atención médica
- Otra (describa): _____

Nombre completo del receptor: _____

Marque la casilla a continuación que describa su relación con la persona u organización.

Familiar

Amigo

Médico o proveedor de atención médica

Otra (describa): _____

Vencimiento y cancelación

Este permiso vencerá (marque solamente una casilla):

En esta fecha (mes, día, año MM/DD/AAAA) _____

Cuando se cancele o tras mi fallecimiento.

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito en un formulario estándar disponible en línea en cnchealthplan.com o llamando al número que aparece en la parte posterior de mi tarjeta de identificación. Comprendo que la cancelación no se aplicará a la información que ha sido divulgada mediante esta autorización.

Autorización y firma

Permito el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describió anteriormente. Esta información se divulga a pedido mío. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no depende de si firmo o no esta autorización. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y puede que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales o estatales en virtud del párrafo relacionado con el derecho de cancelación.

Firma del miembro

Firme aquí: _____ **Fecha:** _____

IMPORTANTE: lea el formulario detalladamente y asegúrese de que incluyó toda la información necesaria.

No podemos pedirle información adicional por teléfono, fax ni correo electrónico. Si falta información, tendremos que comunicarnos con usted y solicitar un nuevo formulario.

Envíe por correo postal el formulario de consentimiento completo a:

Care N' Care Insurance Company
1603 Lyndon B. Johnson Freeway, Suite 300
Farmers Branch, TX 75234

o por fax a: 817-687-4103

Care N' Care Insurance Company, Inc. (Care N' Care) es un plan HMO y PPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Care N' Care depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-374-7993 (TTY 711). ATENCIÓN: si habla español, tendrá a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-374-7993 (TTY 711).