



## Consentimiento del afiliado/Formulario de autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA)

Este formulario permite a CareSource Management Group Co. y sus planes médicos afiliados ("CareSource") compartir su información médica como se detalla a continuación. Debe llenar este formulario por completo. Envíelo por correo o por fax a la dirección que figura en la última parte de este formulario. También puede completar este formulario en línea **CareSource.com**.

### Sección 1: Información del afiliado

Apellido del afiliado	Inic. 2.º nombre	Nombre del afiliado	Fecha de nacimiento del afiliado	
Dirección del afiliado	Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono particular del afiliado	Teléfono celular del afiliado		N.º de identificación del afiliado (se encuentra en la tarjeta de identificación del plan)	
<i>Si proporciona su número de teléfono celular, quiere decir que CareSource puede utilizarlo para comunicarse con usted.</i>				

### Sección 2: Consentimiento para compartir la información médica

Este formulario de Consentimiento del afiliado/Autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) otorga su consentimiento para que se comparta su información médica con otras personas. Esta información se comparte para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios. Su información médica podrá compartirse con los proveedores que le hayan brindado atención en el pasado, en la actualidad o se la brinden en el futuro. También podrá compartirse con los Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que CareSource tiene acerca de los afiliados. También puede compartir su información médica en las aplicaciones de atención médica propias que utilice. Tiene derecho a solicitar una lista de todas las personas a las cuales CareSource les proporcionó su información médica.

- ☐ Marque esta casilla si desea que su información médica se comparta con los proveedores de atención médica pasados, actuales y futuros, así como también con las aplicaciones de atención médica personales. La información se compartirá para brindarle tratamiento, administrar su atención o ayudarlo con los beneficios. La información médica que se compartirá incluirá información sensible sobre su salud, incluido el tratamiento para el uso de sustancias y el VIH/SIDA. En el caso de las aplicaciones de atención médica personales, tendrá más control sobre la información que se comparte cuando las instale.

**O bien,**

- ☐ Marque esta casilla si **no desea** que su información médica se comparta con los proveedores que le hayan brindado atención en el pasado, en la actualidad o se la brinden en el futuro. Esta información no se compartirá para brindarle tratamiento, administrar su atención o para ayudarlo con los beneficios. Ninguna información sobre su salud se compartirá con sus proveedores, con estas excepciones:
- Debido a los requisitos estatales que debemos cumplir, su proveedor de atención médica (Primary Care Provider, PCP) puede recibir un informe que incluya información sobre el tratamiento de salud física y conductual que usted pueda haber recibido. No incluirá información sobre el uso de sustancias o sobre VIH/SIDA a menos que marque la casilla de arriba diciendo que desea compartir su información médica.

- Debido a otros requisitos que debemos cumplir, su información médica se compartirá con Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). No incluirá información sobre el uso de sustancias o sobre VIH/SIDA a menos que marque la casilla de arriba diciendo que desea compartir su información médica.

*Si no autoriza que se comparta la información, sus proveedores no podrán administrar su atención tan bien como lo harían si usted autorizara que se comparta.*

### Sección 3: Designación del representante

Si desea nombrar a un representante para que se comuniquen con CareSource en su nombre, complete esta sección. CareSource compartirá toda su información médica con la persona que haya designado. Si designa un grupo, como un bufete de abogados, ese grupo se conoce como entidad. Proporcione los datos de la entidad y el nombre de una persona de contacto que forme parte de la entidad.

Apellido	Nombre	Inic. 2.º nombre	Nombre de la entidad (si es un bufete de abogados u otra entidad)
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular		Teléfono celular	

### Sección 4: Revisión y aprobación

**Al firmar, acepto lo siguiente:** Autorizar a CareSource para que comparta mi información médica como se detalló en la Sección 2 y/o 3. Comprendo que es mi propia decisión firmar este formulario. La persona o entidad que la recibe podrá divulgar nuevamente la información compartida. Después de eso, ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad. La información relativa al trastorno por abuso de sustancias de los programas de tratamiento específicos (Art. 42, Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2) puede permanecer en estricta reserva y no podrá volver a compartirse sin mi autorización. Este formulario no es un Poder notarial para la atención médica. Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento. Para cancelar la autorización, debo enviar una carta escrita a CareSource. Puedo enviar la carta a la dirección que figura en la parte inferior de este formulario. También puedo enviarla por fax al número que figura en la parte inferior de este formulario. O bien, puedo cancelar mi autorización en **CareSource.com**. Si cancelo esta autorización, no habrá ningún cambio en las acciones llevadas a cabo por CareSource antes de la cancelación. Mi tratamiento, el pago de beneficios, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no dependen de que firme este formulario.

**Firme a continuación.**

Firma del afiliado/padre o madre del afiliado menor de edad o firma del representante legal designado*:	Fecha:
Fecha de finalización de esta autorización: <i>Si no se proporciona ninguna fecha, la autorización permanecerá en nuestros registros a menos/hasta que usted solicite que se cancele. En el caso de los afiliados menores de edad, durará hasta que cumplan los 18 años.</i>	
*Si la persona que firma no es el afiliado/padre o madre de un afiliado menor de edad, solo podrá hacerlo si se trata del representante legal designado. Un representante legal designado es alguien a quien se ha otorgado la autoridad de actuar en nombre del afiliado. Si aún no lo ha hecho, debe proporcionar una copia del Poder legal o los documentos del tribunal que demuestren que la persona es un representante legal designado. También debe completar los siguientes campos:	

Representante legal (escriba el nombre completo con letra de imprenta)	Relación legal con el afiliado, por ejemplo: un Poder legal, un tutor designado por el tribunal o un custodio:		
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal

***Envíe su formulario completo a:***

CareSource

Attn: Privacy Team, P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738, **o**,  
por fax al 1-833-334-4722, **o**, puede completar este formulario en línea en **CareSource.com**.

Para ayudarle a comprender este aviso, se encuentran disponibles a pedido asistencia lingüística, servicios de interpretación, ayudas auxiliares y otros servicios sin costo alguno. Los servicios disponibles incluyen, entre otros: traducción oral, traducción escrita u ayudas auxiliares. Puede solicitar estos servicios o ayudas auxiliares llamando al <1-800-488-0134>; las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al 711.

OH-MED-M-631394-SP-V2

Aprobado por ODM: 3/18/2022