



## Consentimiento del afiliado/Formulario de autorización para la Ley HIPAA

Este formulario permite a CareSource Management Group Co. y sus planes médicos afiliados (“CareSource”) compartir la información relacionada con su atención médica como se detalla a continuación. Debe llenar este formulario por completo y envíelo por correo postal o fax a la dirección se encuentra en la parte inferior de este documento. También puede llenar este formulario en línea en [www.caresource.com](http://www.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 información médica

A través del consentimiento del afiliado/formulario de autorización para la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance and Portability and Accountability Act, HIPAA) usted otorga su consentimiento para compartir su información de atención médica con terceros. Esta información se comparte para brindarle una mejor atención y tratamiento, o para ayudarlo con los beneficios. Esta información médica puede compartirse con cualquier proveedor que le haya brindado atención en el pasado, se la brinde actualmente o en el futuro. También se puede compartir con los Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Un HIE permite que los proveedores consulten la información médica que CareSource posee acerca de los afiliados. Usted también puede compartir su información médica en sus propias aplicaciones de atención médica y tiene derecho a solicitar una lista de todas las personas a quienes CareSource les haya proporcionado su información médica.

Marque esta casilla si 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 más adelante, o pueda hacerlo con sus propias aplicaciones de atención médica. La información se compartirá para brindarle una mejor atención y tratamiento, y para ayudarlo con los beneficios. Esta información incluirá información médica delicada, incluido el tratamiento por abuso de sustancias y VIH/SIDA. En sus aplicaciones de atención médica tendrá mayor control sobre la información compartida una vez que instale la aplicación.

**O –**

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 y se la brinden en el futuro. La información no se compartirá con fines de tratamiento, atención médica ni para ayudarlo con los beneficios. Ningún fragmento de información sobre su salud se compartirá con sus proveedores, salvo estas excepciones:

- Debido a los requisitos estatales que debemos seguir, su <Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)> recibirá un informe que incluya el tratamiento de salud física y conductual que tal vez haya recibido. Este no incluirá información sobre abuso de sustancias o VIH/SIDA a menos que haya marcado la casilla anterior en la que indica que desea compartir su información médica.
- Debido a otros requisitos que debemos seguir, su información médica se puede compartir con un HIE. No incluirá información sobre abuso de sustancias o VIH/SIDA a menos que haya marcado la casilla anterior en la que indica que desea compartir su información médica.

*Si no autoriza la divulgación, sus proveedores no podrán brindarle la misma atención de calidad que recibiría si otorgara su permiso.*

### Sección 3: Designación de un representante

Si desea nombrar a un representante para que se comunique con CareSource en su nombre, complete esta sección. CareSource compartirá toda su información médica con la persona que haya designado. Si designa a 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 con mi nombre, acepto que:** permito que CareSource comparta mi información médica según lo indicado en las Secciones 2 y/o 3. Acepto que firmar este formulario es mi elección. La persona o entidad que recibe la información compartida podría volver a compartirla. Luego de ello, podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad. La información relativa al trastorno por abuso de sustancias proveniente de los programas de tratamiento específicos (Título 42, Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2) puede permanecer en estricta reserva y no volver a compartirse sin mi autorización. Este formulario no es un Poder para la atención médica. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar la autorización, debo enviar una carta escrita a CareSource 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 [www.caresource.com](http://www.caresource.com). Si cancelo dicha autorización, no habrá ningún cambio en las acciones llevadas a cabo por CareSource antes de la cancelación. Mi tratamiento, el pago del mismo, mi inscripción o la elegibilidad para los beneficios no dependen de que firme este formulario. **Firme a continuación.**

Firma del afiliado/padre o madre de un afiliado menor de edad o firma del representante legal designado*:		Fecha:	
Fecha de terminación de esta autorización: <i>Si no se indica ninguna fecha, la autorización permanecerá adjunta a su historia clínica a menos/hasta que usted solicite que se cancele. En el caso de los afiliados menores de edad, estará en vigencia hasta que cumplan los 18 años.</i>			
<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 facultad de actuar en nombre del afiliado. Si aún no lo ha hecho, debe proporcionar una copia del poder notarial o los documentos del tribunal que demuestren que la persona es un representante legal designado. También debe completar los siguientes campos:</i>			
Representante legal (escriba el nombre completo con letra de imprenta)	Relación legal con el afiliado, por ejemplo: un poder notarial, un tutor asignado por el tribunal o un tutor:		
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal

**Envíe su formulario completo a:**

CareSource

Attn: Privacy Office, P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738,

o por fax al 1-833-334-4722, o puede llenar este formulario en línea en [www.caresource.com](http://www.caresource.com).