

Autorización de Divulgación

Uso y Divulgación de la Información Médica Protegida



La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*), las normas federales y la legislación de California exigen que se llene esta Autorización con el fin de autorizar a Inland Empire Health Plan (IEHP) a usar y divulgar Información Médica Protegida (*Protected Health Information, PHI*).

Nombre del Miembro _____ N.º de Identificación o N.º Seguro Social del Miembro _____ Fecha de Nacimiento _____

Indique el tipo de registros de PHI que está solicitando:*

OBLIGATORIO

- Receta Médica Administración de Casos de Quejas Formales y Apelaciones Referencias/Autorizaciones
 Reclamos/Facturación Inscripción/Elegibilidad

Ingrese el rango de fechas de los registros de PHI que necesita: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Indique el(los) fin(es) para divulgar o usar la PHI:

- Legal Uso Personal Seguros Otro (Especifique) _____
 Administración de Atención Médica Coordinación de Atención Médica

* IEHP no mantiene registros médicos y/o clínicos individuales. Estos registros están en poder de los profesionales/las entidades que prestaron el(los) servicio(s) médico(s), es decir, los Doctores de Cuidado Primario, Especialistas, Hospitales, etc.

Autorizaciones Específicas:

OBLIGATORIO

Los registros de PHI sobre abuso de sustancias, condiciones de salud mental e información sobre el VIH no se divulgarán sin autorización específica. Si usted solicita el uso y la divulgación de tales registros, proporcione una autorización específica **colocando sus iniciales en la(s) casilla(s) correspondiente(s)** a continuación:

- Información sobre el Tratamiento de Abuso de Drogas/Alcohol Información sobre Tratamientos de Salud Mental (*NO incluye notas de psicoterapia*)
 Resultados de las Pruebas de VIH e Información sobre el Tratamiento Otro _____
 No solicito la divulgación de tales registros

Opciones de Entrega: (marque una opción)

OBLIGATORIO

- Recoger Registros en IEHP (Horario temporal para recoger los registros: viernes, 8am a 11am)*
* Si elige pasar a recoger sus registros, el Departamento de Asuntos Legales de IEHP se comunicará con usted cuando sus registros estén disponibles. Sus registros estarán disponibles para que los recoja durante 14 días hábiles. Si sus registros no se recogen dentro de los 14 días hábiles, se destruirán.
 Entrega por FedEx (Sin cargo para el Miembro): No se Dispone de Apartado Postal
Dirección de Entrega _____
 Portal de Correo Electrónico Seguro*
Dirección de Correo Electrónico _____

* Para proteger su privacidad, IEHP divulga la PHI usando un portal de correo electrónico seguro. A solicitud, IEHP puede divulgar su PHI usando un portal de correo electrónico no codificado y no seguro. Sin embargo, IEHP no es responsable de vulneraciones de la seguridad que pudieran ocurrir si la PHI se envía usando un correo electrónico no codificado y no seguro. Si usted solicita a IEHP que divulgue su PHI usando un portal de correo electrónico no codificado y no seguro, y acepta los riesgos de seguridad que implica el uso de este método, coloque sus iniciales aquí _____.

PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE

La Autorización contiene Información Privilegiada y Confidencial.

Página 1 de 2

Rev. 11/2020

Autorización de Divulgación

Uso y Divulgación de la Información Médica Protegida



AUTORIZACIÓN

Mediante el presente

documento autorizo:

(Indique IEHP aquí si está solicitando registros de IEHP. Si no es así, indique el nombre o la descripción de la persona o entidad de la que está solicitando la divulgación de los registros)

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

Para divulgar

información a:

(Indique su nombre aquí si el uso y/o la divulgación estarán dirigidos a usted. Si no es así, indique/especifique el nombre de la persona o entidad a la que se dirigirá el uso y/o la divulgación, tal como un familiar, abogado, establecimiento, proveedor, IEHP, etc.)

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

OBLIGATORIO

Esta autorización es bilateral y autorizará a ambas partes mencionadas arriba a que intercambien entre ellas la información médica protegida que se indica a continuación: Sí No

FIRMAS

Leí esta Autorización y acepto el uso y la divulgación de la PHI según lo especificado.

OBLIGATORIO

Nombre del Miembro (en letra de molde)

Firma del Miembro

Fecha

Si firma por el Miembro, describa su autoridad para actuar en nombre del Miembro (p. ej., padre del menor o tutor legal):

Nota: La documentación apropiada de la autoridad del representante legal debe estar registrada con IEHP.

Nombre del Representante Legal del Miembro (en letra de molde)

Firma del Representante Legal del Miembro

Fecha

Las Autorizaciones entran en vigencia de inmediato y permanecerán vigentes hasta el ____ / ____ / ____.
(fecha de finalización)

Este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento, excepto hasta el punto que cualquier otro titular legal de información de identificación del paciente que tenga permitido realizar la divulgación ya haya actuado en virtud de la autorización.

DIVULGACIONES

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización. El hecho de que me niegue a firmarla no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, recibir pagos o ser elegible para recibir los beneficios. Estoy informado de que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento, siempre que mis revocaciones se hagan por escrito. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia. Entiendo también que si la información provista por esta Autorización se divulga (proporciona) a otra persona o agencia, es posible que ya no esté protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). No obstante, la legislación de California no permite que la persona que reciba la información médica en virtud de esta Autorización la divulgue, a menos que yo brinde una nueva Autorización para dicha divulgación, o a menos que la ley exija o permita específicamente dicha divulgación.

Entiendo que mis registros sobre trastornos por abuso de sustancias están protegidos conforme a las Normas Federales que rigen los Registros de Confidencialidad del Paciente sobre Trastornos por Abuso de Sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA") de 1996, 45 C.F.R. pts 160 & 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las normas estipulen lo contrario.

IEHP actuará en virtud de esta solicitud dentro de los 30 días de la fecha en que se haya recibido la Autorización o dentro de los 60 días si la información solicitada no se mantiene o no es accesible para IEHP en el sitio.

Complete todas las secciones obligatorias, firme y envíe esta Autorización a:

Inland Empire Health Plan | Attn: Legal Department
P.O. Box 1800 | Rancho Cucamonga, CA 91729
Fax: 909-477-8578 | Correo Electrónico: Legal@iehp.org

PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE

La Autorización contiene Información Privilegiada y Confidencial.

Rev. 11/2020