

Autorización para participar en Atención Médica en el Hogar y consentimiento para la entrega de información

1

Autorización para la participación

Yo, _____, acepto participar en el programa de Atención Médica en el Hogar con _____
Escribir el nombre del beneficiario Escribir el nombre del jefe de Atención Médica en el Hogar

Firma del beneficiario o de su representante legal

Fecha

2

Consentimiento para la entrega de información

Su información médica es privada y no puede entregarse a otras personas a menos que usted esté de acuerdo o que las leyes federales y del estado de Washington permitan que se entregue la información. Los proveedores/prestadores de servicios que pueden obtener y ver su información médica, deben cumplir con todas estas leyes. Esto aplica, ya sea que su información médica este en un sistema informático o en papel. Además de leyes que se aplican a todo tipo de información médica, hay leyes específicas que proveen una mayor protección a la información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, tratamientos de salud mental y trastornos de consumo de sustancias.

Acepto que mi servicio de Atención Médica en el Hogar puede recibir toda mi información médica de los proveedores/prestadores de servicios incluidos en este formulario, a fin de coordinar mi atención. También acepto que el servicio de Atención Médica en el Hogar y los proveedores/prestadores de servicios incluidos en este formulario compartan mi información médica entre sí, y con otros proveedores/ prestadores de servicios que participan en el manejo de mi atención. Entiendo que este formulario sustituye a cualquier otro formulario de autorización de la participación en Atención Médica en el Hogar y consentimiento para entrega de información que yo haya firmado antes. Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento al firmar un formulario de **exclusión de participación en el servicio de Atención Médica en el Hogar/Rechazo de servicios** y dárselo a mi servicio de Atención Médica en el Hogar.

RECUERDE: Si sus registros médicos incluyen alguna de la siguiente información, también debe llenar esta sección para que estos registros se incluyan.

Otorgo mi permiso para revelar los siguientes registros (marque con sus iniciales todos los que correspondan):

_____Salud mental_____Resultados de análisis, diagnóstico o tratamiento de VIH/sida y ETS

Nota: Para dar el consentimiento para la divulgación de información confidencial sobre tratamientos de alcohol o drogas, debe llenar un formato separado de permiso de divulgación de **información de servicios de trastornos de consumo de sustancias**.

Marque con sus iniciales la opción apropiada.

Este consentimiento es válido: _____ mientras mi servicio de Atención Médica en el Hogar necesite mis registros para este programa; o

_____ hasta _____
fecha o evento

Puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya compartida. Una copia de este formulario brinda mi permiso para compartir los registros.

Nombre en letra de molde del beneficiario

Fecha de nacimiento del beneficiario

Firma del beneficiario o de su representante legal

Fecha

Nombre del representante legal en letra de molde (si corresponde)

Relación del representante legal con el beneficiario

Escriba en la página dos la información de sus socios y proveedores.

Detalles sobre la entrega de información del beneficiario y el proceso de consentimiento:

1. **¿Cómo utilizarán mi información los proveedores/prestadores de servicios?**

Los proveedores/prestadores de servicios usarán su información de salud para coordinar y ayudar al manejo de su atención médica.

2. **¿De dónde proviene mi información médica?**

Su información médica proviene de lugares y personas que le proporcionaron atención médica o seguro de salud, anteriormente. Estos pueden incluir hospitales, doctores, farmacias, laboratorios, planes de salud, el programa Washington Apple Health (Medicaid) y otros grupos que comparten información médica. Usted puede obtener una lista de todos estos lugares y personas llamando a su coordinador de atención.

3. **¿Qué leyes y reglamentos explican la manera cómo mi información de salud puede ser entregada?**

Las leyes y reglamentos que protegen su información médica incluyen al Capítulo 70.02 del RCW en los estatutos de Washington, la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) a nivel federal, y la reglamentación federal 42 CFR parte 2.

4. **Si acepto, ¿quién puede obtener y ver mi información?**

Su información puede ser obtenida o vista por los proveedores y socios que usted acepte que pueden obtenerla y verla. La información también puede ser obtenida o vista cuando lo permitan las leyes aplicables. Por ejemplo, cuando usted recibe atención de una persona que no es su doctor o proveedor habitual, como una nueva farmacia, hospital u otro proveedor, hay cierta información, como lo que paga por su plan de salud o el nombre de su proveedor del servicio de Atención Médica en el Hogar, que se les puede proporcionar o puede ser vista por ellos. Para obtener más información acerca de quién puede tener acceso a la información, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

5. **¿Qué pasa si una persona utiliza mi información y yo no le permití usarla?**

Si cree que una persona usó su información de forma inapropiada, llame a su coordinador de caso o llame a Centro de Servicio al Cliente de Asistencia Médica de la HCA (MACSC, por sus siglas en inglés) a la línea sin costo 1-800-562-3022 (TRS: 711).

6. **¿Cómo puedo hacer cambios en la lista de proveedores/prestadores de servicios en el formulario?**

Usted puede agregar nuevos nombres a la lista en cualquier momento añadiendo la información del proveedor/prestador de servicios, y llenando las columnas de "El beneficiario concede su consentimiento" junto a la adición. Puede eliminar a alguien que ya no desea incluir llenando las columnas de "El beneficiario retira su consentimiento" junto al proveedor/prestador de servicios añadido previamente.

7. **¿Qué pasa si después cambio de opinión y quiero retirar mi consentimiento?**

Usted puede cancelar su consentimiento en cualquier momento al firmar un formulario de Participación en Atención Médica en el Hogar - exclusión/rechazo de servicios y entregarlo a su coordinador de atención. Puede obtener este formulario en línea o llamando a la línea gratuita del Servicio al Cliente de Asistencia Médica de la HCA (MACSC,) al 1-800-562-3022 (TRS: 711). Su coordinador de atención le ayudará a llenar el formulario si desea.

Nota: Si decide cancelar su consentimiento, los proveedores que ya tengan su información no tienen que devolverle su información o retirarla de sus registros.

8. **¿Cuándo puedo recibir una copia de este formulario de Autorización para participar en Atención Médica en el Hogar y consentimiento para la entrega de información?**

Puede recibir una copia del formulario después de firmarlo.