

Servicio de Atención Médica en el Hogar – Formato de Consentimiento de Intercambio de Información

Health Home – Information Sharing Consent Form

Al firmar este formato, usted está acepta participar en el _____ **Health Home Program (Programa de Servicio de Atención Médica en el Hogar)**. Nombre en letra de molde del Servicio Calificado de Atención Médica en el Hogar

Cuando usted se inscribe en un Servicio de Atención Médica en el Hogar, es necesario que sus proveedores de atención médica y otras personas involucradas en su atención se comuniquen entre sí para hablar sobre sus cuidados. También necesitan compartir información entre sí para brindarle una mejor atención. Si usted acepta y firma este formato, otorga el permiso para que el Servicio de Atención Médica en el Hogar y los proveedores/prestadores de servicios que usted ha enlistado en la página dos de este formato puedan obtener, leer, copiar y compartir entre ellos su información médica, con el fin de coordinar su atención. La información médica puede ser anterior y posterior a la fecha en la que firmó este formato. Sus registros médicos pueden contener información sobre enfermedades o lesiones que ha padecido; resultados de análisis, radiografías o análisis de sangre, los servicios y apoyo que está recibiendo; y los medicamentos que ya está tomando o ha tomado anteriormente.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si sus registros médicos incluyen alguna de la siguiente información, también debe llenar esta sección para que estos registros se incluyan.

Doy mi permiso para revelar los siguientes registros (marque todo lo que aplique):

Salud mental Resultados, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Nota: Para dar el consentimiento para la revelación de información confidencial sobre tratamientos de alcohol o drogas, debe llenar un formato independiente de Revelación de Información (por sus siglas en inglés, "ROI") para los Servicios de Dependencia a Productos Químicos (por sus siglas en inglés, "CD").

- 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 por escrito este consentimiento, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya compartida.
- Una copia de este formato proporciona mi permiso para compartir los registros.

Su información médica es privada y no se puede proporcionar a otras personas sin su permiso, según las leyes y normas del Estado de Washington y de los Estados Unidos. Algunas leyes abarcan la atención en casos de VIH/SIDA, los registros de salud mental y el uso de drogas y alcohol. Los proveedores/prestadores de servicios que pueden obtener y ver su información médica, deben cumplir con todas estas leyes. Ellos no pueden proporcionar a otras personas su información, a menos que usted esté de acuerdo o la ley estipule que pueden dar la información a otras personas. Esto aplica, ya sea que su información médica este en un sistema informático o en papel.

Acepto que mi Servicio de Atención Médica en el Hogar tenga acceso a toda mi información médica de los proveedores/prestadores de servicios enlistados en este formato, para coordinar mi atención. También **ACEPTO** que el Servicio de Atención Médica en el Hogar y los proveedores/prestadores de servicios enlistados en este formato compartan mi información médica entre sí, y con otros proveedores/prestadores de servicios que participan en el manejo de mi atención. Entiendo que este Formato de Consentimiento suple a cualquier otro Formato de Consentimiento de Intercambio de Información del Servicio de Atención Médica en el Hogar que pudiera haber firmado con anterioridad. Puedo cambiar de opinión y retirar mi consentimiento en cualquier momento al firmar un Formato de Cancelación de Consentimiento y dárselo a mi Servicio de Atención Médica en el Hogar.

Nombre en letra de molde del beneficiario

Fecha de nacimiento del beneficiario

Firma del beneficiario o del representante legal del beneficiario

Fecha

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

Relación del representante legal con el beneficiario

Enliste a sus proveedores/prestadores de servicios en la página dos.

Detalles sobre el intercambio de información y el proceso de consentimiento del beneficiario:

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

Si está de acuerdo, 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 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 cuidados.

3. ¿Cuáles leyes y normas explican cómo puede ser compartida mi información médica?

Estas leyes y reglamentos incluyen las normas federales y estatales de confidencialidad de Washington, RCW 71.05.630, RCW70.24.105, 42 CFR 2.31(a)(5), y también 45 CFR Partes 160 y 164, que son las normas, conocidas como "HIPAA", y 42 CFR Parte 2.

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

Las únicas personas que pueden ver su información médica son aquellas a las que usted autoriza la obtención y el acceso a la misma, como doctores y otras personas que trabajan en el Servicio de Atención Médica en el Hogar y que están involucrados en su atención médica. También pueden ver la información otras personas que le brindan atención. 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 no estoy de acuerdo en permitirles que la utilicen?

Si usted cree que una persona utilizó su información, y no está de acuerdo en dar a esa persona su información, llame a su coordinador del caso o llame a la línea gratuita del Centro de Servicio de Atención al Cliente de Medicaid (por sus siglas en inglés, "MACSC") al 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429).

6. ¿Cuánto tiempo dura mi consentimiento?

Su consentimiento se prolongará hasta el día en que usted cancele su consentimiento o se retire del Servicio de Atención Médica en el Hogar.

7. ¿Cómo puedo hacer cambios en la lista de proveedores/prestadores de servicios del formato?

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 Da su Consentimiento" junto a la adición. Puede eliminar a alguien que ya no desea incluir llenando las columnas de El Beneficiario Cancela su Consentimiento junto al proveedor/prestador de servicios añadido previamente.

8. ¿Qué pasa si después cambio de opinión y quiero recuperar mi consentimiento?

Usted puede cancelar su consentimiento en cualquier momento al firmar un Formato de Cancelación de Consentimiento de Intercambio de Información del Servicio de Atención Médica en el Hogar y entregarlo a su Coordinador de Cuidados. Usted puede obtener este formato en línea en <http://www.hca.wa.gov/medicaid/forms/Pages/index.aspx> o llamando a la línea gratuita del Centro de Servicio de Atención al Cliente de Medicaid (MACSC) al 1-800-562-3022 (TTY: 1-800-848-5429). Su coordinador de cuidados le ayudará a llenar el formato, si así lo 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.

9. ¿Cuándo puedo obtener una copia de este Formato de Consentimiento de Intercambio de Información del Servicio de Atención Médica en el Hogar?

Usted puede obtener una copia del formato después de firmarlo.