

Servicio de Atención Médica en el Hogar – Formulario de autorización para participación y Consentimiento de Intercambio de Información

Health Home – Participation Authorization and Information Sharing Consent Form

Autorización para participación

Yo, _____ acepto participar en el **Health Home Program** con _____ .
Nombre del beneficiario Nombre en letra de molde del encargado de Atención en el Hogar

Firma del beneficiario o de su representante legal

Fecha

Consentimiento de intercambio de información

Su información médica es privada y no puede ser entregada a otras personas a menos que usted acceda o que las leyes vigentes federales o del Estado de Washington permitan el intercambio de la información. Los socios del proveedor que pueden obtener y ver su información médica deben obedecer todas estas leyes. Esto aplica tanto para la información médica en sistemas informáticos como para la impresa. Además de las leyes que se aplican a todos los tipos de información médica, algunas leyes específicas brindan 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 obtener toda mi información médica de los proveedores y socios mencionados en este formulario con el fin de coordinar mi atención. También acepto que el servicio de atención médica en el hogar y los proveedores y socios mencionados en este formulario pueden intercambiar mi información médica entre sí y con otros proveedores y socios que participen en la administración de mi atención. Entiendo que este formulario sustituye a cualquier otro formulario de autorización para participación en atención médica en el hogar y consentimiento de intercambio de información que yo haya firmado antes. Puedo cambiar de opinión y revocar mi consentimiento en cualquier momento si firmo [un formulario de cancelación/rechazo de participación en atención médica en el hogar](#) y lo entrego a mi servicio de atención médica en el hogar.

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 la información referente a (ponga sus iniciales junto a todos los puntos que correspondan):

_____ Salud mental _____ Resultados, diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual

Nota: Para dar el consentimiento para la revelación de información confidencial sobre tratamientos de alcohol o drogas, debe llenar un formulario por separado de Divulgación de Información ([por sus siglas en inglés, "ROI"](#)) para los [Servicios de Dependencia Trastorno de Consumo de Sustancias \(por sus siglas en inglés, "SUD"\)](#).

Marque con sus iniciales la opción apropiada:

Este consentimiento es válido: _____ mientras mi Servicio de Atención en el Hogar necesite mis registros para el 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 formulario proporciona mi permiso para compartir los registros.

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?

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 cuidados.

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

Las leyes y reglamentos que protegen su información médica incluyen el Capítulo 70.02 RCW de los estatutos de Washington, la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, "HIPAA") y la norma federal 42 CFR Parte 2.

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

Su información puede ser obtenida y vista por los proveedores y socios a los que usted permita hacerlo. La información también puede ser obtenida o vista cuando lo permitan las leyes vigentes. Por ejemplo, cuando usted recibe atención de una persona que no es su médico o proveedor habitual, como una nueva farmacia, hospital u otro proveedor, cierta información, como las cosas que paga su plan de salud o el nombre de su proveedor de atención médica en el hogar, puede serle entregada o puede ser vista por ellos. Para ver más información sobre quién puede obtener 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 de manera incorrecta, llame a su coordinador del caso o llame a la línea gratuita del Centro de Servicio de Atención Médica al Cliente de Medicaid (por sus siglas en inglés, "MACSC") de la HCA al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

6. ¿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.

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

Usted puede cancelar su consentimiento en cualquier momento al firmar un [un formulario de cancelación/rechazo de participación en atención médica en el hogar](#) y lo entrega a su Coordinador de Cuidados. Usted puede obtener este formulario en línea o llamando a la línea gratuita del Centro de Servicio de Atención Médica al Cliente (MACSC) de la HCA al 1-800-562-3022 (TRS: 711). 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.

8. ¿Cuándo puedo obtener una copia de este Formulario de Autorización para Participación y Consentimiento de Intercambio de Información del Servicio de Atención Médica en el Hogar?

Usted puede obtener una copia del formulario después de firmarlo.