

CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

Complete este formulario para permitir que alguien vea o reciba su información médica protegida.

NOTA: Este formulario no permite que nadie realice cambios en su información, solicite servicios o presente una apelación o queja. Si desea que alguien lo ayude a solicitar un servicio o presentar una apelación o queja, debe completar el formulario de Representante autorizado de Neighborhood para apelaciones o incluir un documento legal, como un poder notarial, de nombramiento como tutor o albacea.

INSTRUCCIONES

- Sección A:** Complete el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de identificación de Neighborhood del miembro..
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, escriba aquí su nombre y adjunte el documento correspondiente (por ejemplo, un poder notarial firmado).
- Sección C:** Seleccione la información de Neighborhood que desea compartir: puede elegir toda la información o solo una parte. Si no se marca ninguna de las opciones de información “altamente protegida”, esta no se compartirá.
- Sección D:** Indique la persona con la que desea compartir la información o el lugar con el que lo hará. Tenga en cuenta que no es necesario que rellene ningún formulario si desea compartir información con Neighborhood o con un proveedor de Neighborhood.
- Sección E:** Elija si desea compartir su información por un tiempo limitado o durante todo el tiempo que permanezca en Neighborhood.. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento escribiéndole a Neighborhood a la dirección que figura a continuación (política de Neighborhood n.º 000059).
- Sección F:** Usted o su representante personal DEBEN firmar este documento.
- Envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Member Services
910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917

**Si necesita ayuda con este formulario, comuníquese con
Servicios para Miembros de Neighborhood al 1-800-963-1001 (TTY 711).**

INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) y Dual CONNECT (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island son planes de salud que tienen contrato con Medicare y el programa Medicaid de Rhode Island. La inscripción en el plan INTEGRITY for Duals o Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende de la renovación del contrato.

CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Este formulario solo puede utilizarse para un miembro. Envíe un formulario por separado para cada miembro.

NOMBRE		NÚMERO DEL TELÉFONO QUE USA DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	N.º DE ID DEL MIEMBRO

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

Si no es el miembro, escriba su nombre en letra imprenta a continuación y marque la casilla que describe su relación con el miembro. **Adjunte una prueba de su relación con el miembro (por ejemplo, poder notarial, tutela, etc.).**

Nombre en letra imprenta del
representante personal: _____

- ☐ **Tutor legal:** Adjunte la documentación de tutela, que debe llevar el sello y la firma del tribunal.
- ☐ **Poder notarial:** Adjunte el poder notarial (debe incluir la autorización para divulgar información médica)
- ☐ **Albacea:** Adjunte la carta de nombramiento como albacea, que debe llevar el sello y la firma del tribunal.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN QUE SE COMPARTIRÁ (marque una opción)

- ☐ Toda la información (incluida la información personal, información médica, direcciones, reclamaciones, facturación y registros médicos).
- ☐ Solo información limitada (por ejemplo, información sobre servicios médicos específicos, fechas o detalles de facturación)

(describir) _____

Marque las casillas que figuran a continuación si desea incluir la siguiente información altamente protegida:

- ☐ Registros de consumo de sustancias (incluido el alcoholismo)
- ☐ Registros de tratamiento de SIDA o VIH
- ☐ Servicios de salud mental (no incluye notas de psicoterapia)

SECCIÓN D: PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE PUEDE RECIBIR SU INFORMACIÓN

NOTA: La información compartida con una persona u organización que no esté legalmente obligada a cumplir las leyes de privacidad no está protegida.

Escriba el nombre y apellido de la persona O BIEN el nombre de una organización lo más detallado posible (por ejemplo, el nombre de un bufete de abogados). Incluya el motivo por el que desea compartir su información, como “ayuda en la atención médica”.

PERSONA U ORGANIZACIÓN AUTORIZADA PARA RECIBIR SU
INFORMACIÓN

OBJETIVO

SECCIÓN E: VENCIMIENTO

Este formulario expirará (marque solo una casilla):

- ☐ En esta fecha (mes, día y año): _____
- ☐ Cuando se cancele o tras mi fallecimiento.

SECCIÓN F: FIRMA

Autorizo el uso y la divulgación de mi información médica protegida tal y como se describe anteriormente, a petición mía. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios no dependen de que firme este formulario.

FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

- HAGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO PARA TENERLA COMO REGISTRO -