

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

Use este formulario si quiere que alguien vea o reciba su información médica protegida.

NOTA: Este formulario no autoriza a cambiar su información, solicitar servicios o presentar apelaciones o quejas. Si quiere que alguien le ayude a solicitar un servicio o presentar una apelación o queja, usted debe llenar un formulario de Neighborhood de autorización de representante para apelaciones o incluir un documento legal, tal como un poder notarial, documento de tutela o carta de nombramiento de albacea.

INSTRUCCIONES

- Sección A:** Escriba el nombre, dirección, número de teléfono y número de identificación de Neighborhood del miembro.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, por favor escriba su nombre en esta sección y adjunte el documento correspondiente (p. ej., poder notarial firmado).
- Sección C:** Seleccione la información a compartir. Puede seleccionar todo o solo una parte. Si no marca información altamente protegida, esta no será compartida.
- Sección D:** Escriba el nombre de la persona o establecimiento con que quiere compartir la información. Por favor, sepa que no necesita llenar un formulario si desea compartir información con Neighborhood o con un proveedor de Neighborhood.
- Sección E:** Indique si quiere compartir la información por un tiempo limitado o por todo el tiempo que sea miembro de Neighborhood. Puede cancelar esta autorización cuando quiera, escribiendo a Neighborhood a la dirección incluida más abajo (política de Neighborhood 000059).
- Sección F:** Usted o su representante personal **DEBE** firmar este formulario. Si es el representante, adjunte una constancia de relación con el miembro (p. ej., poder notarial o poder de tutela).
- Envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Member Services
910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917

**Si necesita ayuda con el formulario, sírvase llamar a
Servicios para Miembros de Neighborhood al 1-800-963-1001 (711 para TTY).**

INTEGRITY for Duals (HMO D-SNP) y Dual CONNECT (HMO D-SNP) de Neighborhood Health Plan of Rhode Island son planes de salud con contratos con Medicare y Rhode Island Medicaid. La inscripción en el plan INTEGRITY for Duals o Dual CONNECT de Neighborhood Health Plan of Rhode Island está sujeta a la renovación de los contratos.

CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Este formulario es solo para un miembro. Se debe presentar un formulario individual por cada miembro.

NOMBRE		NÚMERO TELEFÓNICO DE DÍA	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted no es el miembro, escriba su nombre abajo y marque la casilla que describa su relación con el miembro. **Por favor, adjunte una constancia de la relación con el miembro (p. ej., poder notarial o documento de tutela).**

Nombre del representante personal: _____

- ☐ **Tutor legal:** Adjunte un documento de tutela, que debe tener el sello y firma de un juzgado.
- ☐ **Poder notarial:** Adjunte un poder notarial, que debe incluir autorización de divulgación de información médica.
- ☐ **Albacea:** Adjunte una carta de nombramiento de albacea, que debe tener el sello y firma de un juzgado.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN A SER DIVULGADA (marque una)

- ☐ Toda la información, incluyendo personal, de salud, dirección, solicitudes de reembolso, facturación y expedientes médicos.
- ☐ Solo cierta información, tal como de un servicio médico específico, fechas específicas o detalles de facturación.
(describa) _____

Por favor, marque a continuación si desea incluir alguna de esta información altamente protegida:

- ☐ Expedientes de uso de sustancias, incluyendo de alcoholismo.
- ☐ Expedientes 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 está legalmente obligada a cumplir con las leyes de privacidad deja de estar protegida.

Escriba el nombre de pila y apellido de la persona O SINO el nombre completo de la organización (p. ej., el nombre de un despacho de abogados), y escriba el propósito de compartir la información (p. ej., asistencia en el cuidado).

PERSONA U ORGANIZACIÓN AUTORIZADA PARA RECIBIR LA
INFORMACIÓN

PROPÓSITO

SECCIÓN E: CADUCIDAD

Este consentimiento caducará (marque solo una casilla):

- ☐ En esta fecha (mes, día y año): _____
- ☐ Al momento de su cancelación o al fallecer el miembro.

SECCIÓN F: FIRMA

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

FIRMA DEL MIEMBRO O DE SU REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

- CONSERVE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO -