



## CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Use este formulario si quiere autorizar a alguien a ver o recibir su información médica protegida (“PHI”).

**NOTA:** Este formulario no autoriza a nadie a hacer cambios a su información, solicitar servicios, o presentar apelaciones o quejas en su nombre.

Si quiere que alguien le ayude a solicitar un servicio o presentar una apelación o queja, debe llenar un formulario de Neighborhood para autorización de representante para apelaciones, o incluir un documento legal como un poder notarial, carta de custodia o nombramiento de albacea.

### INSTRUCCIONES

- Sección A:** Escriba su nombre, dirección, número telefónico y número de identificación de Neighborhood.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, por favor escriba su nombre en esta sección y adjunte un documento de comprobación (p. ej., poder notarial firmado).
- Sección C:** Seleccione la información de Neighborhood que quiere compartir. Puede seleccionar toda la información o solo parte de ella. Si no marca ninguna información “altamente protegida”, esa información no se compartirá.
- Sección D:** Escriba el nombre de la persona u organización con los que quiere compartir su información. Por favor, tenga presente que no necesita llenar un formulario si quiere compartir información con Neighborhood o con un proveedor de Neighborhood.
- Sección E:** Por favor, indique si quiere compartir su información durante un período específico o durante todo el tiempo que esté en Neighborhood. Podrá revocar esta autorización cuando guste, dirigiendo una carta a Neighborhood, a la dirección incluida más abajo.
- Sección F:** Usted o su representante **DEBEN** firmar este documento.
- Por favor envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island  
Attn: Compliance Department  
910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917

Neighborhood Health Plan of Rhode Island cumple con las leyes federales pertinentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-401-459-6019 (TTY 711).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-459-6019 (TTY 711).

Si necesita ayuda para llenar este formulario, por favor llame a Servicios para Miembros de Neighborhood al teléfono 1-800-459-6019 (TTY 711).

---

**CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

---

**SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO**

Este formulario puede utilizarse solamente para un miembro. Por favor, presente un formulario por cada miembro.

NOMBRE		NRO. TELEFÓNICO DIURNO	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE ID DE MIEMBRO

**SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL**

Si usted no es el miembro, por favor escriba su nombre abajo y marque la casilla que describe su relación con el miembro. **Por favor, adjunte un comprobante de su relación con el miembro (p. ej., poder notarial o carta de custodia).**

Nombre del representante personal (en letra de molde): \_\_\_\_\_

- Custodio legal:** Adjunte carta o documento de custodia, sellados y firmados por un juez.
- Apoderado legal:** Adjunte poder legal (debe incluir autorización de divulgación de información médica)
- Albacea:** Adjunte documento de nombramiento de albacea, sellado y firmado por un juez.

**SECCIÓN C: INFORMACIÓN A COMPARTIRSE** (marque una opción)

- Toda la información (incluyendo información personal y de salud, dirección, solicitudes de reembolso o “reclamos”, información de facturación y expedientes médicos)
- Solamente cierta información (p. ej., para un servicio médico específico, fechas o desglose de facturas)

(describa) \_\_\_\_\_

Por favor, marque abajo si quiere incluir cualquiera de los siguientes tipos de información altamente protegida:

- Expedientes sobre uso de sustancias (incluyendo alcoholismo)
- Expedientes sobre tratamientos 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 tiene la obligación legal de cumplir con las leyes de privacidad, deja de estar protegida.

Escriba con letra de molde el nombre de pila y apellido de la persona O el nombre más completo posible de la organización (p. ej., el nombre de un bufete de abogados). Indique el motivo por el cual quiere compartir su información, como, por ejemplo, “para facilitar el servicio”.

---

PERSONA U ORGANIZACIÓN AUTORIZADAS PARA RECIBIR SU INFORMACIÓN

---

PROPÓSITO

### SECCIÓN E: REVOCACIÓN

Esta autorización se revocará (marque solamente una casilla):

- En la fecha (mes, día y año): \_\_\_\_\_
- Cuando decida revocarla o al morir.

### SECCIÓN F: FIRMA

Solicito y autorizo el uso y compartición de mi información médica protegida como se describe anteriormente. Entiendo que mi tratamiento, pago, inscripción y elegibilidad para beneficios no dependen de que firme este formulario.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MIEMBRO O DE SU REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**- SAQUE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO Y CONSÉRVELA-**