



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

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

NOTA: Este formulario no permite a nadie hacer cambios a 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 Representante Autorizado para Apelaciones de Neighborhood o incluir un documento legal tal como un poder legal, o nombramiento de tutor o albacea.

INSTRUCCIONES

- Sección A:** Escriba el nombre del miembro, dirección, número telefónico y número de ID de Neighborhood.
- Sección B:** Si usted es el representante personal del miembro, por favor escriba su nombre en esta sección y adjunte el documento que lo acredite como tal (p. ej., un poder legal debidamente 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”, no la compartiremos.
- Sección D:** Escriba el nombre de la persona o establecimiento con los que quiere compartir la información. Tenga presente que no necesita llenar un formulario si quiere compartir información con Neighborhood o un proveedor de Neighborhood.
- Sección E:** Por favor, indique si quiere compartir la información por un plazo determinado o durante todo el tiempo que sea miembro de Neighborhood. Puede cancelar esta autorización en cualquier momento, escribiendo a Neighborhood a la dirección incluida más abajo (política nro. 000059 de Neighborhood).
- Sección F:** Usted o su representante personal **DEBEN** firmar este formulario.
- Envíe este formulario a:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Member Services Department
910 Douglas Pike, Smithfield, RI 02917

**Si necesita ayuda con este formulario, por favor comuníquese
con Servicios para Miembros de Neighborhood:**

Planes Medicaid: 1-800-459-6019 (TTY 711)

Neighborhood INTEGRITY (Plan Medicare-Medicaid): 1-844-812-6896 (TTY 711)

Planes comerciales: 1-855-321-9244 (TTY 711)

CONSENTIMIENTO DEL MIEMBRO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Este formulario solo puede ser utilizado por un miembro. Por favor, entregue un formulario aparte por cada miembro.

NOMBRE		NÚMERO TELEFÓNICO DE DÍA	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NRO. DE ID DEL MIEMBRO

SECCIÓN B: REPRESENTANTE PERSONAL

Si usted no es el miembro, escriba su nombre más abajo y luego marque la casilla que describa su relación con el miembro. **Por favor, adjunte un comprobante de su relación con el miembro (p. ej., poder legal, nombramiento de tutor, etc.).**

Escriba con letra de molde el nombre del representante personal: _____

- Tutor legal:** Adjunte documento que lo acredite como tutor, el cual debe estar firmado y llevar un timbre judicial.
- Apoderado legal:** Adjunte poder legal, que debe incluir una autorización de divulgación de información médica.

Albacea: Adjunte carta de nombramiento de albacea, la cual debe estar firmada y llevar un timbre judicial.

SECCIÓN C: INFORMACIÓN QUE HA DE COMPARTIRSE (marque solo una casilla)

- Toda la información (incluyendo personal, de salud, dirección, solicitudes de pago, cobros y expedientes médicos)
- Solo cierta información (p. ej., para un servicio médico específico, fechas o desgloses de cobros)
(describa) _____

Por favor, marque abajo si también quiere incluir cualquiera de la siguiente información altamente protegida:

- Expedientes sobre uso de sustancias (incluyendo sobre 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 que se comparte con personas u organizaciones que no están obligadas a acatar las leyes de privacidad, deja de estar protegida.

Escriba el nombre de pila y apellido de la persona O el nombre más aproximado de la organización (p. ej., el nombre de un bufete legal). Indique para qué quiere compartir su información, como, por ejemplo, para “facilitar la atención”.

PERSONA U ORGANIZACIÓN AUTORIZADA PARA RECIBIR SU INFORMACIÓN

PROPÓSITO

SECCIÓN E: VALIDEZ

Este formulario dejará de tener validez (marque solo una casilla):

- En la fecha (mes, día y año): _____
- Cuando lo cancele o usted fallezca.

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 o elegibilidad para beneficios no dependen de que yo firme este formulario.

FIRMA DEL MIEMBRO O SU REPRESENTANTE PERSONAL

FECHA

- SAQUE Y GUARDE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO FIRMADO -

Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de seguro médico que tiene contratos con Medicare y Rhode Island Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a sus miembros.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado, domingos e feriados. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា
ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)
ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍
ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។