



INSTRUCCIONES PARA AUTORIZAR EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

El formulario de AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (ROI) se utiliza para lo siguiente:

- Divulgar información de salud del miembro a una persona u organización.
- Obtener información de salud del miembro de una persona u organización, como un proveedor de atención médica o un hospital, para compartir con Commonwealth Care Alliance (CCA).

El formulario de ROI puede revocarse en cualquier momento mediante solicitud por escrito o por correo electrónico al Health Information Management Department de CCA.

Ejemplos de cómo utilizar el formulario de ROI:

Consulte las instrucciones detalladas para completar el formulario de ROI en la página 4.

1. El miembro quiere autorizar la divulgación de información de salud de CCA a su abogado:

- a. El miembro debe completar el formulario de ROI, que incluye el nombre y la información de contacto del abogado en la Sección 2.
- b. No se requiere prueba de la relación abogado-cliente.
- c. Es el mismo proceso para todos los destinatarios. El miembro tiene derecho a indicar a cualquier persona como destinatario de su información de salud, incluido un abogado, defensor, familiar, etc.

2. El representante personal del miembro es un abogado y quiere autorizar la divulgación de la información de salud de CCA:

- a. Como representante personal del miembro, el abogado está autorizado a completar el formulario de ROI para divulgar la información de salud del miembro.
- b. El abogado debe marcar las casillas de representante personal en el formulario de ROI en la Sección 5.
- c. El abogado debe proporcionar evidencia de que representa al miembro, tiene la autoridad para actuar como representante personal del miembro y autoriza la divulgación de la información de salud.
- d. Es el mismo proceso para cualquier tipo de representante personal.

Si tiene preguntas sobre el formulario de ROI, haga lo siguiente:

Llame al 866-610-2273. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana.

Para obtener información sobre cómo conectar su información de salud de CCA con la aplicación que desee, visite: <https://www.commonwealthcarealliance.org/interoperability/>.

CÓMO INICIAR OTRAS MEDIDAS EN NOMBRE DE UN MIEMBRO DE CCA

Si usted quiere...	Utilice este formulario	Alcance de la autoridad
Designar a un representante para que actúe en nombre del miembro para iniciar una apelación, reclamación, queja o determinación de la organización, recibir cualquier información sobre esa apelación, reclamación, queja o determinación de la organización, incluida la decisión.	Formulario de nombramiento de un representante (AOR) de Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) (CMS-1696).	El nombramiento es válido por un año a partir de la fecha del formulario. Esto debe solicitarse en ese plazo de un año y la representación es válida mientras dure la medida. El representante debe presentar una copia del formulario de AOR junto con la solicitud de apelación.
Designar a un representante autorizado para que actúe en nombre del miembro para ayudarlo a obtener cobertura de atención médica a través de los programas ofrecidos por el programa Medicaid de su estado. También puede ser una persona autorizada por ley para actuar en nombre del miembro. El representante autorizado elegido debe ser una persona, no una organización.	Formulario de designación de representante autorizado (ARD) de MassHealth.	El representante autorizado puede: completar los formularios de solicitud o renovación de Medicaid del estado; completar otros formularios de elegibilidad o inscripción de Medicaid de su estado; proporcionar evidencia de la información en esos formularios; obtener copias de los avisos de elegibilidad e inscripción de Medicaid del estado; y actuar en nombre del miembro en todos los demás asuntos con el programa Medicaid de su estado.

<p>Designar a un agente de atención médica para que tome decisiones de atención médica en nombre del miembro.</p>		<p>Dependiendo de la redacción del formulario, o una orden judicial, el agente de atención médica o el abogado tiene derecho a recibir toda la información de salud que el miembro tendría derecho a recibir. Después de consultar con los proveedores de atención médica del miembro, el agente de atención médica o el abogado puede tomar todas las decisiones de atención médica que el miembro hubiera podido tomar, incluidas las decisiones sobre tratamientos de soporte vital. Las decisiones deben basarse en los deseos del miembro, si se conocen; si no se conocen, entonces en lo que sea más conveniente para el miembro.</p>
<p>Acceder a información de salud o cobertura cuando el miembro haya fallecido.</p>	<p>Cartas de autorización de un tribunal de sucesiones.</p>	<p>El representante personal de los herederos o albacea, de conformidad con las cartas de autoridad, podrá tener acceso a cualquier información sobre el miembro.</p>
<p>Designar a un poder de representación para que tome decisiones de atención médica, obtenga acceso a información y otras medidas según el alcance del documento de poder de representación.</p>	<p>Poder de representación: también conocido como poder de representación duradero o poder de representación para las decisiones de atención médica.</p>	<p>El titular del poder de representación, también conocido como “apoderado”, puede hacer cualquier cosa que se describa en el documento de poder de representación. Esto puede incluir o no la toma de decisiones de atención médica.</p>

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE ROI:

Sección 1: Información del miembro

- Escriba en letra de imprenta el nombre del miembro, el número de identificación (ID) de miembro de CCA, la fecha de nacimiento, la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico, si corresponde.

Sección 2: Permiso para obtener/divulgar información protegida de salud del miembro

- Complete la sección correspondiente para indicar si solicita obtener información de salud O divulgar la información de salud. Si la casilla "Obtener de" está marcada, los registros se cargarán y se incluirán en la tabla de CCA una vez recibidos.
- Escriba en letra de imprenta el nombre, la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico de la persona/organización para la cual divulgará u obtendrá la información de salud.
- Marque la casilla para solicitar un registro completo o parcial. Si el registro es parcial, describa la información de salud o el tipo de registros necesarios. Por ejemplo, si desea una copia del último año de MDS o planes de atención.
- Indique el plazo que deben cubrir los registros de salud.
- Indique el propósito de la divulgación de información.
- Marque la casilla para indicar cómo debe entregarse la información de salud: los registros escritos o electrónicos/impresos pueden enviarse por fax, correo electrónico o entregarse mediante el correo postal de los EE. UU., FedEx o algún otro medio.

Sección 3: Información confidencial

- Si desea que se divulguen ciertos registros confidenciales, debe colocar sus iniciales en la casilla; de lo contrario, no se divulgarán.

Sección 4: Vencimiento y revocación

Indique la fecha en que quiere que este formulario venza o el evento según el que vencerá. (Por ejemplo, cuando sea dado de alta del hospital). Si el formulario se completa para divulgar registros de CCA, vencerá en un (1) año a partir de la fecha en que firme el formulario. Si el formulario se completa para que CCA obtenga registros de otro proveedor, será válido durante el período de inscripción del miembro en CCA, a menos que se revoque de otra manera.

Sección 5: Firma

Si usted es el miembro, firme y feche en los espacios provistos. Si firma este formulario como representante personal, escriba en letra de imprenta su nombre, número de teléfono y correo electrónico en el espacio. Marque la casilla que describe su autoridad legal para divulgar información de salud en nombre del miembro y proporcione la documentación de respaldo.

Algunos ejemplos de los documentos aceptables incluyen los siguientes:

- Abogado: evidencia de que usted es el abogado del miembro.
- Tutor/curador: orden/decreto del tribunal de sucesiones.
- Agente de atención médica: copia del poder para la atención médica convocado y constancia de convocación.
- Agente/representante de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA): adjunte copia del formulario de autorización/divulgación de la HIPAA.
- Representante de los herederos/albacea: copia de las cartas de nombramiento del tribunal de sucesiones.
- Poder de representación (POA): POA que incluya autoridad para usar/divulgar información de salud.
- Otro defensor: documento que explique su autoridad y relación legal.

Para enviar el formulario de ROI completo, use la siguiente información:

Commonwealth Care Alliance, Inc.,
Health Information Management
2 Avenue De Lafayette, 5th Floor
Boston, MA 02111

Fax: 413-733-1924

Correo electrónico: HIM@commonwealthcare.org

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Los miembros de Massachusetts deben llamar al 866-610-2273 (TTY 711).

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de algún otro modo por su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja formal ante:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax:857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja formal en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.