



commonwealth
care alliance®

INSTRUCCIONES PARA AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN ORAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

El formulario de **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN ORAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD** se utiliza para divulgar oralmente la información de salud del miembro a una persona u organización designada por el miembro o su representante personal con el fin de analizar la información de salud del miembro.

El formulario de **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN ORAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD** se puede revocar en cualquier momento mediante una solicitud por escrito o por correo electrónico al Health Information Management Department de Commonwealth Care Alliance (CCA).

Si tiene preguntas sobre la AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN ORAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD, haga lo siguiente:

Llame al Health Information Management Department de lunes a viernes de 8 am a 4:30 pm. al 877-769-3499 o envíe un correo electrónico a: HIM@commonwealthcare.org.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN ORAL DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD:

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 divulgar oralmente información de salud del miembro

- Escriba en letra de imprenta el nombre, la dirección, el número de teléfono y la dirección de correo electrónico de la persona/organización que usted designe para recibir la divulgación oral.
- Indique el tema de información de salud que se pretende analizar. Entre algunos de los ejemplos, se incluyen los siguientes: "Mi lista de medicamentos". O bien, "Responda todas las preguntas formuladas".
- Indique el período o la fecha de servicio para la información de salud del miembro que se analizará.

Sección 3: Información confidencial

- Si desea que se divulgue cierta información confidencial, debe colocar sus iniciales en la casilla; de lo contrario, no se divulgará.

Sección 4: Vencimiento y revocación

Indique la fecha en que quiere que esta autorización venza o el evento según el que vencerá. A menos que se revoque de otra manera, esta autorización será válida durante el período de inscripción del miembro en CCA.

Sección 5: Firma

Si usted es el miembro, firme y feche en los espacios provistos. Si firma esta autorización 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 convocatoria.
- 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 divulgación oral 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 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 (TTY: 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.