Consentimiento del afiliado/Formulario de autorización de la ley HIPAA

Este formulario permite que Commonwealth Care Alliance® Senior Care Options (HMO D-SNP) comparta su información de atención médica como se describe a continuación. Debe completarse todo el formulario. Envíelo por correo o por fax a la dirección que figura al final de este formulario. También puede completar este formulario en línea en **CommonwealthCareAlliance.org/MA**.

Sección 1: Su información

Apellido	Inicial del segundo nombre	Nombre		Fecha de nacimiento
Calle		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Número de identificación del afiliado de CCA Senior Care Options		

Al proporcionar su número de teléfono celular, da su consentimiento para que CCA Senior Care Options lo use para comunicarse con usted.

Sección 2: Consentimiento

Mediante este formulario, usted da su consentimiento para compartir su información de atención médica con otras personas o en las aplicaciones de atención médica que usted tenga. La información puede compartirse con proveedores anteriores, actuales y futuros. También puede compartirse con los Intercambios de información de salud (Health Information Exchanges, HIE). Un HIE permite que los proveedores vean la información de atención médica que CCA Senior Care Options tiene sobre usted. Puede solicitar una lista de las personas a las que CCA Senior Care Options les proporcionó su información de atención médica.

☐ Marque esta casilla si **desea** que su información de atención médica se comparta con proveedores anteriores, actuales o futuros, o en aplicaciones de atención médica. Se compartirá a fin de brindarle tratamiento, administrar su atención y ayudarle con sus beneficios. Incluye información médica confidencial, como la relacionada con el tratamiento por consumo de sustancias o VIH/SIDA. Usted tiene más control sobre la información que se comparte con las aplicaciones de salud.

O bien,

☐ Marque esta casilla si **no desea*** que su información de atención médica se comparta con los proveedores anteriores, actuales o futuros. No se compartirá con sus proveedores, excepto en los siguientes casos:

- Su proveedor podrá ver los tratamientos físicos y de salud conductual que haya recibido.

No se compartirá la información relacionada con el tratamiento por el consumo de sustancias o el VIH/SIDA.

- Es posible que su información de atención médica se comparta con un HIE. No se compartirá la información relacionada con el tratamiento por el consumo de sustancias o el VIH/SIDA.

** Si no autoriza la divulgación, puede que sus proveedores no puedan brindarle la misma calidad de atención.*

Sección 3: Designación del representante
Complete los espacios a continuación para designar a una persona con quien CCA Senior Care Options pueda hablar en su nombre. Su información de atención médica también se compartirá con esta persona.

Su representante

Apellido	Inicial del segundo nombre	Nombre	
Nombre de la entidad (si es un bufete de abogados u otra)			
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono			

Información confidencial: Debe marcar cada casilla a continuación para autorizar a CCA Senior Care Options a divulgar esta información confidencial.

☐ Aborto	☐ SIDA/CRS
☐ Abuso de sustancias y alcohol	☐ Salud reproductiva
☐ Salud conductual	☐ Pruebas genéticas
☐ Violencia doméstica	☐ VIH
☐ Maltrato físico	☐ Infecciones de transmisión sexual
☐ Atención de afirmación de género	

Sección 4: Revisión y aprobación
Al firmar con mi nombre, acepto lo siguiente: Permitir que CCA Senior Care Options comparta mi información de atención médica como se indica en las secciones 2 y 3. La persona o entidad que reciba la información de atención médica podrá volver a divulgarla. Es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan esta información. La información sobre el tratamiento por el consumo de sustancias es privada y no puede volver a divulgarse sin mi permiso.

Firmar este formulario es una decisión voluntaria. Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento. Para hacerlo, debo enviar una carta por escrito a CCA Senior Care Options. Puedo enviar la carta por correo postal o fax a la dirección que figura al final de este formulario. Cancelar este consentimiento no afectará las medidas que CCA Senior Care Options haya tomado antes de la cancelación. Mi tratamiento, el pago, la inscripción o los beneficios no dependen de que firme este formulario. ***Firme a continuación.***

Su firma (padre, madre o tutor de menores de edad o representante legal*****)	Fecha:
Fecha de finalización del consentimiento: *El consentimiento finaliza en la fecha antes mencionada. Si no se indica una fecha, esta autorización seguirá vigente.*	

***** *Si el firmante es el representante legal, debe tener una copia del poder notarial o los documentos judiciales*. También deben completarse los espacios a continuación.

Representante legal

Nombre y apellido	Elija uno: ☐ Poder notarial ☐ Tutor o custodio designado por un tribunal ☐ Otro:		
Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Envíe este formulario:

Por correo postal a:

Commonwealth Care Alliance
Attn: Health Information Management
P.O. Box 8738
Dayton, OH 45401-8738

Por fax al: 1-413-733-1924
Por correo electrónico a: HIM@CareSource.com
En línea en:
CommonwealthCareAlliance.org/MA