

Autorización para Divulgar Información del Plan Médico

Según la ley federal, ningún plan de salud, hospital ni médico puede divulgar sin autorización cierta información protegida de salud (protected health information, PHI) para usos que no se relacionen con tratamiento, pago u operaciones de salud. Este Formulario de Autorización debe completarlo y firmarlo un miembro del Plan Médico, su cónyuge, tutor legal u otro representante legal para autorizar al Board of Pensions a divulgar la información protegida de salud.

Observe que solamente debe presentar este formulario si se necesita información médica para un Plan de Beneficios o programa del Board of Pensions aparte del Plan Médico del Plan de Beneficios. Deben completarse todas las secciones.

1. ¿De quién es la PHI? (Escriba claramente la información más abajo y marque la casilla que corresponda.)

Nombre _____ Núm. de Seg. Soc. _____

Nombre del Tutor Legal/Representante (si corresponde) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono () _____

Miembro del Plan Médico **Cónyuge** **Hijo(a) dependiente**

2. Destinatario de la información médica

Autorizo al Plan Médico a (Marque la casilla correspondiente y luego complete la información más abajo.)

divulgar la PHI a un amigo, familiar o representante divulgar la PHI a otro departamento del Board of Pensions

divulgar la PHI a mi representante del presbiterio divulgar la PHI a mi cónyuge

otro _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono () _____

3. Información médica a divulgar

A. el registro completo del Plan Médico por servicios prestados en la fecha siguiente o después: ____/____/____

B. solamente la información siguiente: (Describa específicamente la información a divulgar, incluyendo entre otros detalles, descripciones como fecha de servicio, tipo de servicio prestado, nivel de detalle a divulgar, origen de la información, etc.)

Nota importante: A menos que la autorización esté expresamente limitada, esta autorización concede al plan, médico, hospital u otro proveedor/organización de salud el derecho de usar o divulgar toda información médica personal para los fines descritos, incluida la información médica acerca de diagnósticos o tratamientos de salud mental, abuso de sustancias, enfermedades transmitidas sexualmente (como el VIH), cáncer y/o condiciones genéticas.

4. Propósito de la autorización

permitir al Board of Pensions evaluar problemas del Plan Médico con el destinatario identificado en la Sección 2 más arriba.

otro _____

5. Duración de la autorización

Esta autorización vencerá en la fecha siguiente: ____/____/____ o cuando suceda la situación siguiente:

6. Derecho a revocar la autorización

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito al Board of Pensions a la dirección indicada a continuación.

7. Reconocimiento de los derechos de privacidad

Entiendo que:

- Una revocación no entra en vigencia en la medida que las partes nombradas en esta autorización han dependido del uso o la divulgación de la información protegida de salud antes de recibir la revocación;
- La información usada o divulgada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y puede no estar ya protegida por la ley federal o estatal; y
- Mi(s) plan(es) de salud no puede(n) condicionar pago, inscripción o elegibilidad para beneficios del Plan Médico (si corresponde) a que yo autorice la divulgación solicitada de información médica.

Entiendo que tengo derecho a:

- Negarme a firmar esta autorización.
- Inspeccionar o copiar la información protegida de salud a utilizar o divulgar según lo permita la ley federal (o la ley estatal en la medida que la ley estatal aporte mayores derechos de acceso).

Autorizo el uso de una copia por fax o una fotocopia de este formulario.

Nombre _____

(Escriba claramente el nombre del miembro del Plan Médico, su cónyuge o representante legal.)

Si es tutor legal u otro representante legal, describa el tipo de autoridad marcando la casilla correspondiente más abajo.

- Padre natural/adoptivo
- Orden Judicial de Tutoría *(Adjunte una copia a menos que cuente con aprobación previa del Board of Pensions.)*
- Poder Legal *(Adjunte una copia a menos que cuente con aprobación previa del Board of Pensions.)*
- Otro _____

Firma _____

Fecha _____

(Firma del miembro del Plan Médico, su cónyuge o representante legal)

Devuelva su Formulario de Autorización completado a:

Atn: _____

The Board of Pensions of the Presbyterian Church (U.S.A.)

2000 Market Street, Philadelphia, PA 19103-3298

800-773-7752 ó 800-PRESPLAN