



Consentimiento del afiliado/Formulario de autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA)

Este formulario permite a CareSource Management Group Co. y sus planes médicos afiliados (CareSource PASSE) compartir su información médica como se detalla a continuación. Debe llenar este formulario por completo. Envíelo por correo o por fax a la dirección que figura en la última parte de este formulario. También puede llenar este formulario en línea **CareSourcePASSE.com**.

Sección 1: Información del afiliado

Apellido	Inic. 2.º nombre	Nombre	Fecha de nacimiento	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular	Teléfono celular		Número de ID de afiliado a CareSource PASSE	

Al proporcionar su número de teléfono celular, usted afirma que CareSource PASSE puede usarlo para comunicarse con usted.

Sección 2: Consentimiento para compartir la información médica

Mediante este formulario, usted da su consentimiento para compartir la información médica con otros. Esta información se comparte para brindarle una mejor atención y tratamiento o para ayudarlo con los beneficios. Es posible que su información médica se comparta con los proveedores que le hayan brindado atención en el pasado, en la actualidad o se la brinden en el futuro. También es posible que se comparta con los Intercambios de información médica (Health Information Exchanges, HIE). Los HIE permiten que los proveedores consulten la información médica que CareSource PASSE tiene acerca de los afiliados. También puede compartir su información médica en las aplicaciones de atención médica propias que utilice. Tiene derecho a solicitar una lista de todas las personas a las cuales CareSource PASSE les proporcionó su información médica.

- Marque esta casilla si desea que su información médica se comparta con cualquiera de los proveedores que haya tenido en el pasado, tenga actualmente o en el futuro, o en las aplicaciones de atención médica personales. La información se compartirá para brindarle tratamiento, administrar su atención o ayudarlo con los beneficios. Incluye información médica sensible, como el tratamiento por abuso de sustancias y por VIH/SIDA. Tiene mayor control sobre la información que se comparte en las aplicaciones de atención médica personales.

O bien –

- Marque esta casilla si **no desea** que su información médica se comparta con cualquiera de los proveedores que haya tenido en el pasado, que tenga actualmente o en el futuro. Esta información no se compartirá para brindarle tratamiento, administrar su atención o para ayudarlo con los beneficios. Nada de

su información médica se compartirá con sus proveedores, salvo estas excepciones:

- Es posible que su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) reciba un informe que incluye información sobre el tratamiento de salud física y conductual que pueda haber recibido. No incluirá información sobre el abuso de sustancias o sobre VIH/SIDA, a menos que usted marque la casilla de arriba diciendo que desea compartir su información médica.
- Es posible que su información médica se comparta con un HIE. No incluirá información sobre el abuso de sustancias o sobre VIH/SIDA, a menos que usted marque la casilla de arriba diciendo que desea compartir su información médica.

Si no autoriza que se comparta la información, sus proveedores no podrán administrar su atención tan bien como lo harían si usted autorizara que se comparta.

Sección 3: Designación del representante

Si desea designar a una persona para que se comunique con CareSource PASSE en su nombre, llene esta sección. CareSource PASSE compartirá toda su información médica con la persona que haya designado. Si designa a un grupo, como un bufete de abogados, ese grupo se conoce como entidad. Proporcione los datos de la entidad y el nombre de una persona de contacto que forme parte de la entidad.

Apellido del representante	Inic. 2.º nombre	Nombre del representante	
Nombre de la entidad (si es un bufete de abogados u otra entidad)			
Dirección del representante	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono particular del representante		Teléfono celular del representante	

Sección 4: Revisión y aprobación

Al firmar, acepto lo siguiente: Permitir que CareSource PASSE comparta mi información médica como se detalló en la Sección 2 y/o 3. Firmar este formulario es mi propia elección. La información compartida se podrá divulgar nuevamente por la persona o entidad que la recibe. Después de eso, ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad. La información relativa al trastorno por abuso de sustancias de los programas de tratamiento específicos (Art. 42, Código de Reglamentos Federales [Code of Federal Regulations, CFR], Parte 2) puede permanecer en estricta reserva y no volver a compartirse sin mi autorización. Este formulario no es un Poder notarial para la atención médica. Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento. Para cancelar la autorización, debo enviar una carta por escrito a CareSource PASSE. Puedo enviar la carta a la dirección que figura en la parte inferior de este formulario. También puedo enviarla por fax al número que figura en la parte inferior de este formulario. Es posible que cancele mi autorización en **CareSourcePASSE.com**. Si cancelo esta autorización, no habrá ningún cambio en las acciones que CareSource PASSE haya llevado a cabo antes de la cancelación de dicha autorización. Mi tratamiento, el pago de, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no dependen de que firme este formulario. **Firme a continuación.**

Su firma (Firma del padre/de la madre/del tutor de un menor de edad o del representante legal designado)*		Fecha:	
Fecha de terminación de esta autorización: <i>Si no se proporciona ninguna fecha, la autorización permanecerá en nuestros registros, a menos/hasta que usted solicite que se cancele. En el caso de menores de edad, esta autorización terminará al cumplir los 18 años.</i>			
*Si la persona que firma no es el afiliado o el padre, la madre, el tutor de un afiliado menor de edad, solo podrá firmar en caso de ser el representante legal designado. Un representante legal designado es alguien a quien se ha otorgado la autoridad de actuar en nombre del afiliado. Si aún no lo ha hecho, debe proporcionar una copia del Poder notarial o los documentos del tribunal que demuestren que la persona es un representante legal designado. También debe completar los siguientes campos:			
Representante legal (escriba el nombre completo con letra de imprenta)		Relación legal con el afiliado (Poder notarial, tutor designado por un tribunal o custodio)	
Dirección del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal

Envíe su formulario completo a:

CareSource PASSE

Attn: Privacy Officer, P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738 o

Envíe un fax al 1-833-334-4722 o llene este formulario en línea en **CareSourcePASSE.com**.

AR-PAS-M-1023350-SP