



Estimado miembro:

Adjunto a la presente le enviamos una copia del formulario de *Autorización para divulgar información sanitaria* CDPHP®, junto con información de sus derechos relacionados con la divulgación de su información. El formulario de *Autorización* consta de cinco secciones. Revise las instrucciones de cada sección antes de completar el formulario. **Cada miembro debe llenar un formulario por separado.** Esta autorización **no** tendrá validez si no están completas **todas** las secciones.

Sección 1—Escriba el nombre, el número de identificación del miembro del CDPHP y la fecha de nacimiento de la persona cuya información está sujeta a la divulgación de información personal sobre la salud. Esta sección también se podrá usar para identificar a un menor de quien usted es el padre o tutor legal. **Tenga en cuenta que:** *Se requiere el número de identificación del miembro para posibilitar su identificación. La autorización se aplicará a todos los planes del grupo de salud de CDPHP independientemente del número de identificación del miembro proporcionado en este formulario.*

Sección 2—Seleccione la/s casilla/s apropiada/s para indicar la información que autoriza a compartir. Hay **tres** opciones:

Opción 1: Autoriza al CDPHP a compartir **toda la información sobre su salud.**

***Nota:** Esto incluye información potencialmente delicada relacionada con VIH/SIDA, salud mental, abuso de alcohol o sustancias, pruebas genéticas, planificación familiar, incluidos aborto y enfermedades de transmisión sexual.*

Opción 2: Autoriza al CDPHP a compartir toda su información sobre la salud, **excepto** la que usted haya especificado que no.

Opción 3: Autoriza al CDPHP a permitir que los individuos u organizaciones especificados por usted cambien su dirección, teléfono o médico de atención primaria (PCP).

Sección 3—Complete el/los nombre/s y dirección/es de la persona/s u organización/es a quienes el CDPHP podría revelar su información. También puede elegir permitir que aquellos individuos hagan cambios a su dirección, teléfono o médico de atención primaria (PCP). Cualquier otra información sobre la inscripción debe ser actualizada a petición del inscrito, si su plan lo permite.

Sección 4—Seleccione el período de tiempo por el cual esta autorización tendrá validez.

Es posible que desee elegir un plazo específico para el inicio y la finalización de esta autorización. Por ejemplo, si usted tiene 18 años o más y está ingresando a la universidad, es posible que desee darle permiso a uno de sus padres o a su tutor para que tenga acceso a su cuenta mientras esté en la universidad. Si no selecciona una fecha de inicio, esta autorización entrará en vigor en la fecha de su firma de este formulario. Si no selecciona una fecha de finalización, esta autorización vencerá 10 años después de la fecha de su firma.

Sección 5—Indique el propósito para la divulgación de la información. El propósito es la razón por la cual usted autoriza a revelar la información (por ej., revisar la apelación, discutir reclamos, ayudar en el proceso de inscripción, etc.). **Si no desea especificar una razón para revelar la información, debe seleccionar el campo “Mi solicitud”.**

Sección 6—Asegúrese de leer y comprender sus derechos relacionados con esta autorización. En caso de que esté autorizando al CDPHP a compartir información sobre la salud de un menor de quien usted es el padre o tutor legal, *(asegúrese de que la información legal pertinente haya sido enviada al CDPHP)*, también indique su relación con el individuo. Luego, firme e indique la fecha en el formulario, y escriba en letra de imprenta su nombre al lado de su firma.

Tenga en cuenta que no tendrá la opción de ver en línea la información personal sobre la salud de ninguna persona en su póliza que sea mayor de 18 años, incluso aunque una *Autorización para revelar la información* haya sido completada.

En caso de que tenga alguna pregunta acerca del formulario de *Autorización para divulgar información sanitaria* , contacte al departamento de servicios al miembro de lunes a viernes al número de teléfono que se menciona en su tarjeta de identificación del CDPHP.

Si necesita más copias del formulario de *Autorización para divulgar información sanitaria*, puede descargarlas en la sección “forms” (formularios) de nuestro sitio web en www.cdphp.com. Devuelva el formulario completo a: **CDPHP Member Services Department, P.O. Box 66602, Albany, NY 12206**



Autorización para divulgar información sanitaria

Sección 1

Nombre _____ N° de identificación _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
(MM/DD/AAAA)

Al completar este formulario, usted autoriza al Capital District Physicians' Health Plan, Inc. y sus afiliados (en lo sucesivo denominados "CDPHP®") a revelar su información al individuo u organización identificada por usted a continuación.

Sección 2— Autorizo el uso o la divulgación de la información de atención médica como se indica a continuación.

Debe marcar la casilla 1 o 2. La casilla 3 es opcional.

- 1. Toda la información que está disponible en mis registros del CDPHP. Esto incluye información relacionada con:
 - Abuso de alcohol o sustancias* (*ver pág. 2 de este formulario*)
 - Enfermedades o pruebas genéticas
 - Condiciones de salud mental
 - Planificación familiar, incluidos abortos
 - VIH/SIDA** (*ver pág. 2 de este formulario*)
 - Enfermedades de transmisión sexual
- 2. Toda la información incluida arriba, excepto _____
- 3. Autorizo a los individuos u organizaciones mencionados abajo a cambiar mi dirección, teléfono o médico de atención primaria (PCP).

Sección 3—Esta información puede ser revelada a los siguientes individuos u organizaciones:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Sección 4—Indique las fechas en las que la autorización entrará en efecto. Se deben proveer las fechas de inicio y finalización específicas.

Si **no indica una fecha de inicio**, esta autorización entrará en vigor a partir de la fecha de su firma en este formulario. Si **no indica una fecha de finalización**, esta autorización vencerá 10 (diez) años después de la fecha de su firma. Fecha de inicio (MM/DD/AAAA) ____/____/____ hasta fecha de finalización (MM/DD/AAAA) ____/____/____

En el caso de un menor dependiente, esta autorización finalizará en el momento en que lo primero de lo siguiente suceda: revocación por escrito por parte del abajo firmante, la fecha de vencimiento del plazo mencionado arriba, o cuando el menor dependiente designado alcance la edad de dieciocho (18) años.

Sección 5—La razón por la que autorizo la divulgación de información es:

- Mi solicitud **u** Otro (*describa*): _____

Sección 6—Firme y coloque la fecha en este formulario

Este formulario debe estar firmado y tener fecha para que sea válido.

Firma

Nombre en letra de molde

Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)

Relación con el miembro

Devuelva el formulario completo a:
CDPHP Member Services Department
P.O. Box 66602
Albany, NY 12206

Sus derechos relacionados con la divulgación de su información

- Esta autorización es voluntaria y puede negarse a firmarla.
- El negarse a firmar no afectará el pago de los servicios por parte de CDPHP ni su elegibilidad para los beneficios del CDPHP.
- La información usada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a redivulgación por parte del receptor y puede dejar de estar protegida por las normas de privacidad federales de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.
- Usted tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, salvo si el CDPHP y otros profesionales u organismos han tomado medidas en relación con ella

***Prohibición o redivulgación de información relacionada con el alcohol y el abuso de sustancias.**

Si se revela información contenida en los registros de alcohol y abuso de sustancias que están protegidos por las normas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2), estas reglas prohíben al receptor hacer cualquier divulgación posterior de esta información, a menos que una divulgación posterior sea expresamente autorizada en un consentimiento por escrito por parte de la persona a quien esta pertenece, o de otra manera en que lo permitan estas normas.

****Sus derechos relacionados con la divulgación de información confidencial sobre VIH/SIDA**

La información confidencial relacionada con el VIH es toda información que indique que una persona se ha sometido a una prueba relacionada con el VIH o tiene una infección por VIH, enfermedades relacionadas con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH. Al marcar la primera casilla y firmar este formulario, la información médica o relacionada con el VIH se puede suministrar a las personas que ha mencionado en este formulario, por las razones señaladas.

Según las leyes del estado de Nueva York, la información relacionada con el VIH solo puede ser suministrada a personas que usted autorice que la tengan mediante una autorización firmada por escrito. Esta información también puede ser divulgada a: proveedores de salud que lo cuidan a usted o a su hijo expuesto; funcionarios de la salud cuando así lo exija la ley; aseguradores para autorizar el pago; personas que participan en la adopción o adopción temporal; oficiales de correccionales y libertad condicional; personal de emergencia o atención médica que se encuentren accidentalmente expuestos a su sangre, o por orden judicial especial. De conformidad con la ley estatal, cualquier persona que divulgue ilegalmente información relacionada con el VIH puede ser castigada con una multa de hasta \$5,000 y una pena de prisión de hasta un año. Sin embargo, algunas redivulgaciones de información médica o relacionada con el VIH no están protegidas por la ley federal. La ley lo protege de la discriminación relacionada con el VIH en la vivienda, el empleo, la atención médica y otros servicios. Para mayor información llame a la Oficina de Asuntos de Discriminación por SIDA de la División de Derechos Humanos del estado de Nueva York al **1-800-523-2437** o al (212) 480-2522, o bien, a la Comisión de Derechos Humanos de la ciudad de Nueva York **(212) 306-7500**. Estas agencias son responsables de proteger sus derechos.

Para más información sobre confidencialidad respecto al VIH, llame a la línea directa de confidencialidad del VIH del Departamento de Salud del estado de Nueva York al 1-800-962-5065; para información sobre protección federal de la privacidad, llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019.