

Autorización para divulgar la información médica protegida (PHI, en inglés) relacionada con el trastorno por abuso de sustancias



Hay momentos en los que es posible que desee divulgar su PHI relacionada con el trastorno por abuso de sustancias a otras personas, programas de tratamiento o entidades de atención médica. Debido a que sus expedientes son confidenciales, necesitaremos su consentimiento firmado para divulgar su PHI. La divulgación de la PHI incluye información escrita y verbal según lo descrito en la regulación acerca de la Confidencialidad de los expedientes de los pacientes con trastorno por abuso de sustancias en el apartado 2 del CFR 42 y la regla de privacidad de HIPAA, secciones 160 y 164 del CFR 45.

Padres/tutores: Queremos tener la posibilidad de hablar con usted en nombre de su hijo derechohabiente (mayor de 18 años de edad o entre las edades de 14 y 18 años para algunos diagnósticos) acerca de la PHI relacionada con el trastorno por abuso de sustancias. Para poder hacer esto, nos exigen que tengamos su consentimiento por escrito.

Si desea compartir su PHI relacionada con el trastorno por abuso de sustancias con alguien más, complete todas las secciones detenidamente y devuélvalo a Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS). Este formulario está disponible en línea en **bcbsk.com**

Sección 1 : Persona que autoriza la divulgación

Nombre	Dirección postal		
Apellido	Ciudad		
Número de identificación de asegurado:	Estado	Código postal	+4
____ / ____ / ____ Fecha de nacimiento			

Soy el padre/tutor y autorizo la divulgación de la PHI relacionada con el trastorno por abuso de sustancias de mi derechohabiente que enumero a continuación:

_____ (Primer nombre)	_____ (Apellido)	____ / ____ / ____ (Fecha de nacimiento)
--------------------------	---------------------	---

Sección 2 : Divulgación de información médica protegida (PHI, en inglés)

Autorizo a BCBSKS para divulgar la PHI relacionada con el trastorno por abuso de sustancias con las siguientes limitaciones:

Información con: _____
(especifique nombres o denominaciones generales del apartado 2 del CFR 42 como programas, entidades o personas que pueden compartir la PHI)

Para ser compartida con: _____
(nombre de la persona, proveedor de tratamiento, o entidad con la que puede compartir la PHI)

Durante este período de tiempo: De: ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
MM DD AAAA MM DD AAAA

Descripción de la información acerca del trastorno por abuso de sustancias que puede ser divulgada (especifique):

Nota: Los asegurados tienen derecho a obtener una lista de las entidades a las cuales se ha divulgado su información. Esta lista debe ser proporcionada a través de la línea gratuita del Centro de Servicio al Cliente de BCBS KS al 1-800-432-3390.

Continúe en la página siguiente. Se requiere su firma. ►

Sección 3 : Autorización

Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la redivulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad, salvo que la misma esté protegida por la regulación federal de abuso de sustancias y alcohol (FASAR, en inglés). Entiendo que BCBSKS no condicionará el pago, la inscripción ni la elegibilidad para recibir los beneficios al hecho de que yo firme o no esta autorización. Esta autorización es válida hasta la cancelación de mi cobertura médica con BCBSKS, hasta que los derechohabientes lleguen a la edad de 18 años de edad o hasta el momento en que BCBSKS reciba una revocación por escrito.

Además, entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificarlo a BCBSKS por escrito y que la revocación de esta autorización no afectará ninguna medida que se haya tomado con base en esta autorización antes de haber recibido la revocación por escrito. **Si firma esta autorización como Representante Legal, Representante Legal para asuntos de atención médica o Tutor/Conservador, tiene que acompañar este formulario con una copia del documento legal.**

Se requiere su firma

Solicitante

____/____/____

Fecha en que se firma

Nombre en letra de molde

Cuando esté completo, envíelo por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
1133 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66629-0001

Aviso: Guarde una copia de este formulario para sus archivos.

Solo para uso interno

Devolver a _____

Dirección de correo _____