



## **Autorización para Divulgar Información de Salud/Plan de Servicios Centrado en la Persona**

Nombre Completo del Miembro:

Fecha de Nacimiento del Miembro:

N.º de Identificación de Medicaid del Miembro:

Correo electrónico del Miembro/Familia:

Teléfono del Miembro/Familia:

Fecha del Plan de Servicios Centrado en la Persona Actual:

Nombre del Coordinador de la Atención Dirigida:

### **Objetivo de la Divulgación:**

Mi información de salud incluida en el Plan de Servicios Centrado en la Persona se está divulgando a mi solicitud o a la solicitud de mi representante personal (p. ej., si corresponde conforme a la ley estatal, padre, madre o tutor legal). **Nota:** Si usted es el tutor o el representante designado por un tribunal, debe adjuntar copias de su autorización legal para representar al miembro.

### **Entiendo y acepto que:**

- Esta autorización es voluntaria;
- Mi información de salud puede contener información creada por nosotros, entre ellos, proveedores de atención de la salud. Puede incluir información médica, farmacéutica, dental, de la vista, de salud mental, de consumo de sustancias, de VIH/sida, de psicoterapia, reproductiva, genética, de enfermedades contagiosas y de programas de atención de la salud;
- No se me puede denegar tratamiento, pago de servicios de atención de la salud ni inscripción o elegibilidad para beneficios de atención de la salud si no firmo este formulario;
- Es posible que la información que autorizo para que se divulgue deje de estar protegida y pueda volver a ser divulgada por el receptor si éste no está sujeto a leyes federales o estatales de privacidad; y
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que la firme. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento si notifico por escrito a mi

Coordinador de la Atención Dirigida; no obstante, la revocación no tendrá efecto en ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese la revocación.

**Autorizo a mi Coordinador de la Atención Dirigida mencionado en mi Plan de Servicios Centrado en la Persona, que está almacenado en la herramienta Optum Supports and Services Manager (“OSSM”) y es operado por Optum/United Healthcare, para que divulgue la información de salud individualmente identificable contenida en el Plan de Servicios Centrado en la Persona fechado más arriba a las siguientes personas u organizaciones.**

<b>Nombre y Apellido*/Organización</b>	<b>Teléfono*</b>	<b>Correo Electrónico*</b>	<b>Rol</b>

\* Campos obligatorios

**Fecha de Inicio del Acceso:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Finalización del Acceso** (si es menos de un año): \_\_\_\_\_

El consentimiento terminará un año después y tendrá que ser renovado en un nuevo formulario.

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud contenida en el Plan de Servicios Centrado en la Persona fechado más arriba, y el acceso al Portal Individual y del Equipo de Apoyo OSSM (el “Portal”), que puede incluir detalles sobre el Equipo del Hijo y la Familia, Horarios y fechas de reuniones, integrantes del equipo, puntajes de evaluaciones y notas. El Plan de Servicios Centrado en la Persona puede incluir información médica, farmacéutica, dental, de la vista, de salud mental, de consumo de sustancias, de VIH/sida, de psicoterapia, reproductiva, genética, de enfermedades contagiosas y de programas de atención de la salud. Esta información puede incluir, por ejemplo: información relacionada con visitas, admisiones, tratamiento, administración de casos o coordinación de la atención.

Opcional: Si quiere que otra persona administre el acceso al Portal en su nombre, y por medio del cual tenga acceso a la información mencionada anteriormente, marque la casilla que se encuentra a la izquierda e indique las personas aquí:

<b>Nombre y Apellido*/Organización</b>	<b>Teléfono*</b>	<b>Correo Electrónico*</b>	<b>Rol</b>

\* Campos obligatorios si selecciona esta opción

\*\*\*\*\*

Firma del Participante

Fecha

Firma del Padre/Madre/Tutor/Representante Legal

Fecha

**Nota:** Si usted es el tutor o el representante designado por un tribunal, debe adjuntar copias de su autorización legal para representar al miembro

CONSERVE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA