Autorización para Revelar Información

Proteger su confidencialidad es importante para MVP Health Care, Inc. y sus filiales (colectivamente, "MVP"). Si desea que MVP comparta su información médica con otras personas, tiene que darnos su permiso anticipadamente.

Al llenar y firmar este formulario, usted da ese permiso. MVP podrá entonces compartir su información médica con las personas que usted haya autorizado. Por favor lea este formulario detenidamente.

Instrucciones para Completar este Formulario

Hay seis secciones en este formulario para completar.

Sección 1: Escriba su nombre, número de identificación como afiliado de MVP y su fecha de nacimiento identificándose como el afiliado de MVP.

Esta sección también se puede utilizar si usted está dando permiso a MVP para que comparta información médica de un menor de edad de quien usted es el padre, la madre o tutor legal.

Sección 2: Escriba el (los) nombre(s), dirección(es) y número(s) telefónico(s) de la(s) persona(s) a quien(es) usted está autorizando a MVP a compartir su información médica.

Asegúrese de escribir el nombre y la dirección completos del contacto. MVP sólo compartirá información si el contacto verifica correctamente el nombre, dirección, y número de teléfono que usted ha escrito.

Sección 3: Motivo para revelado de información.

Esta sección informa a MVP el motivo para revelar la información.

Sección 4: Seleccione la información médica que usted está autorizando a MVP a compartir.

Hay tres opciones:

- La **primera** opción da a MVP permiso para compartir toda su información médica, excepto información relacionada con VIH/SIDA, psiquiatría y uso de substancias controladas, planificación familiar y embarazo, o enfermedades de transmisión sexual. Usted debe autorizar específicamente a MVP para compartir esta información con otra persona.
- La **segunda** opción da a MVP permiso para compartir sólo la información que usted especifique, tal como información sobre su elegibilidad solamente, información específica a un servicio en particular, o información sobre reclamaciones con respecto a un proveedor de servicios específico
- La **tercera** opción da a MVP permiso para compartir información sobre VIH/SIDA, psiquiatría y uso de substancias controladas, planificación familiar y embarazo, o enfermedades de transmisión sexual y se explica detalladamente más adelante.

Información para Padres de Menores con Diagnósticos Sensibles

MVP tiene una política establecida para proteger la privacidad de menores con diagnósticos confidenciales. MVP ha adoptado esta postura en función de los requisitos legales junto con el compromiso de MVP de proteger la privacidad de sus afiliados que reciben atención para necesidades delicadas. Si un menor de entre 12 y 18 años recibe servicios o tratamiento relacionados con la salud mental, dependencia a sustancias químicas o uso de sustancias controladas, enfermedad venérea, VIH/SIDA, planificación familiar, atención prenatal o servicios relacionados con el aborto, MVP debe tener un formulario de Autorización de Divulgación de Información en sus archivos por parte del menor para divulgar la mayor información a un padre o tutor.

MVP no compartirá esta información si usted no nos ha autorizado específicamente para hacerlo firmando sus iniciales en las líneas señaladas.
Por favor lea el aviso especial del Departamento de Salud del Estado de Nueva York en la página 2.

Sección 5: Lea y asegúrese de que comprende sus derechos bajo esta autorización.

Usted puede utilizar esta sección para especificar una fecha de vencimiento en este formulario, de

lo contrario continuará vigente indefinidamente o hasta que usted solicite su revocación.
Para los afiliados cubiertos por planes escritos en el Estado de Vermont, este formulario será válido hasta la fecha de vencimiento que usted especifique, que en ningún caso será superior a 24 meses.

Sección 6: Firme e imprima su nombre y ponga la fecha en el formulario.

Usted puede utilizar este formulario si está dando permiso a MVP para que comparta información médica de un menor de quien usted es el padre, la madre o tutor legal. De ser así, asegúrese de escribir su relación con ese afiliado.

Si usted está autorizando a una persona a actuar en su nombre suyo, esa persona también debe firmar y fechar el formulario.

Al firmar este formulario de manera electrónica, reconoce que su firma electrónica tiene las mismas consecuencias legales que su firma manuscrita.

Cuando lo haya completado, por favor envíe por correo electrónico, correo postal, o fax el formulario de *Autorización para Revelar Información* a la dirección de correo electrónico, la dirección postal, o el número de fas que aparece en la parte superior del formulario.

Sus Derechos Relacionados con la Autorización para Revelar Información

1. Usted puede autorizar a otra persona para apelar en su nombre y representación contra cualquier resolución (con excepción de los afiliados de Medicare, para ello se requiere información adicional). Al hacerlo, usted está ejerciendo su derecho de apelación y ya no se le permitirá apelar contra la misma resolución a usted mismo.
2. MVP no condicionará el tratamiento, los pagos, la inscripción o la elegibilidad para beneficios bajo estos planes de seguro al recibir esta autorización.
3. La información revelada de acuerdo con esta autorización podría ser revelada, a su vez, por la persona autorizada y podría no estar ya protegida por leyes federales o estatales.
4. Si se revela información del historial de problemas de uso de alcohol o drogas protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2), éstas normas federales prohíben a la persona autorizada a revelar esta información excepto si dicha revelación se permite por consentimiento escrito de la persona a la que se refiere o según lo permita la norma 42 CFR Parte 2.

Sus Derechos Relacionados con la Revelación de Información Confidencial Relacionada con VIH*

Información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indique que una persona ha sido sometida a una prueba relacionada con el VIH o está infectada con el VIH o tiene una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH.

Bajo las leyes del Estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH sólo puede ser revelada a las personas autorizadas por usted firmando un permiso escrito o a personas que necesitan saber su estatus con respecto al VIH para proporcionarle servicios o atención médica, incluyendo: proveedores de atención médica, personas involucradas en asuntos de adopción o colocación en hogares o familias de acogida; padres o tutores que aceptan cuidar a menores; empleados de cárceles y prisiones o personas encargadas de dar seguimiento a casos de libertad condicional o períodos de prueba; trabajadores de servicios de emergencia y otros trabajadores en hospitales; otros centros regulados o consultorios médicos, que estén expuestos a fluidos sanguíneos o corporales durante el desempeño de sus funciones; y organizaciones que supervisan los servicios que usted recibe.
Las leyes estatales también permiten que su información relacionada con el VIH sea revelada bajo circunstancias limitadas: por orden judicial especial; a funcionarios de salud pública según lo exijan las leyes, y a compañías aseguradoras, según sea necesario para pagar la atención y el tratamiento. Según las leyes estatales, cualquier persona que revela ilegalmente información relacionada con el VIH podría ser castigada con una multa hasta de $5,000 y encarcelamiento hasta por un año. No obstante, algunas revelaciones ulteriores

de dicha información no están protegidas bajo leyes federales. Para más información acerca de la confidencialidad respecto del VIH, llame a la Línea Directa de Confidencialidad respecto al VIH del Departamento de Salud del Estado de Nueva York, al **1-800-962-5065**.

Al firmar y poner sus iniciales en el lugar indicado en de este formulario, la información relacionada con el VIH puede ser revelada a las personas indicadas en el formulario, y por el(los) motivo(s) indicado(s) por usted en el formulario. Usted no tiene que firmar el formulario y puede cambiar de parecer en cualquier momento indicando su cambio de parecer por escrito.

Las leyes lo protegen contra actos de discriminación relacionados con el VIH en asuntos relacionados con vivienda, empleo, atención médica y otros servicios. Para más información llame a la Oficina de Asuntos de Discriminación Relacionados del Estado de Nueva York al **1-888-392-3644** o a la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York al **212-306-7450**. Estas entidades son responsables de proteger sus derechos.

**Virus de inmunodeficiencia humana que causa el SIDA.*

Autorización para Revelar Información

Completando este formulario permite a MVP Health Care® revelar la información de salud a aquellos debajo.

Devuelva este formulario cumplimentado por correo electrónico, correo, o fax.

Correo electrónico:
members@mvphealthcare.com

Correo:
MVP Health Care
PO Box 2207
Schenectady NY 12301-2207

Fax: **1-800-765-3808**

Si Este Formulario es Necesario para un Apelación

Devuelva este formulario cumplimentado por correo electrónico, correo, o fax.

Correo electrónico:
mvpdisclosure@mvphealthcare.com

Correo:
Attn: Appeals
MVP Health Care
PO Box 2207
Schenectady NY 12301-2207

Fax: **518-386-7600**

Sección 1: Información Sobre el Afiliado Cuya Información Será Revelada *(por favor escriba)*

Nombre de Afiliado	Fecha de Nacimiento	Número de ID del Afiliado

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 2: Información Sobre la Persona(s) Con Quien es Su Información de Salud Para Ser Compartida

Nombre	Teléfono

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Nombre	Teléfono

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Sección 3: Motivo para Revelado de Información

☐ **Solicitud del Individuo** ☐ **Otro** *(explicar)*:

Sección 4: Información Médica Que Será Revelada *(marque todas las que apliquen)*

☐ **Toda información médica** *(excepto la información médica indicada más adelante)*

☐ **Otro** *(especifique la información que usted autoriza a MVP a revelar)*:

*(**Sección 4** continuación en la página 2)*

Nombre de Afiliado *Número de ID del Afiliado*

*(Continúa la **Sección 4**)*

Ponga sus iniciales al lado de los asuntos que MVP puede discutir con las personas nombradas.

_____ *(Iniciales)* Información y/o historial relacionado con VIH/SIDA *(ver la página 2 de instrucciones)*

_____ *(Iniciales)* Información y/o historial sobre salud mental

_____ *(Iniciales)* Información sobre diagnóstico y tratamiento de drogas/alcohol

_____ *(Iniciales)* Información sobre embarazo, planificación familiar, aborto

_____ *(Iniciales)* Información sobre enfermedades de transmisión sexual

Información para Padres de Menores con Diagnósticos Sensibles: MVP tiene una política establecida para proteger la privacidad de menores con diagnósticos confidenciales. MVP ha adoptado esta postura en función de los requisitos legales junto con el compromiso de MVP de proteger la privacidad de sus afiliados que reciben atención para necesidades delicadas. Si un menor de entre 12 y 18 años recibe servicios o tratamiento relacionados con la salud mental, dependencia a sustancias químicas o uso de sustancias controladas, enfermedad venérea, VIH/SIDA, planificación familiar, atención prenatal o servicios relacionados con el aborto, MVP debe tener un formulario de Autorización de Divulgación de Información en sus archivos por parte del menor para divulgar la mayor información a un padre o tutor.

Sección 5: Lea y Comprenda Sus Derechos *(Ver la página 2 de instrucciones)*

Esta autorización permanecerá vigente hasta que MVP deje de mantener la información médica o hasta que sea revocada por el suscrito de la forma descrita más adelante o hasta que *(inserte la fecha a el evento aplicable)* _____ .

Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, enviando notificación escrita a la dirección que se indica más adelante. La revocación debe expresar con claridad su deseo de revocar esta autorización y la fecha en que entrará en vigor esta revocación.

Para los afiliados cubiertos por planes escritos en el Estado de Vermont, este formulario será válido hasta la fecha de vencimiento que usted especifique, que en ningún caso será superior a 24 meses.

Sección 6: Firma y Fecha Este Formulario

Al firmar este formulario de manera electrónica, reconoce que su firma electrónica tiene las mismas consecuencias legales que su firma manuscrita.

Firma de Afiliado de MVP *Nombre (escriba)* *Fecha*

_____

Firma Delegada Autorizada *Nombre (escriba)* *Fecha*

_____

Firma Delegada Autorizada *Nombre (escriba)* *Fecha*

_____