

Amerigroup Community Care

**Necesitamos su autorización antes de que podamos divulgar sus expedientes a otros.
Llene y firme este formulario.**

Estimado/a miembro:

Para garantizar su privacidad, necesitamos que llene el formulario incluido con esta carta. Una vez que complete el formulario, devuélvanoslo. Este formulario nos informará a quién le está permitiendo que vea sus expedientes.

El formulario es válido por un año a partir de la fecha en que lo firme, a menos que solicite revocarlo antes de ese plazo.

Asegúrese de llenar todo el formulario y conserve una copia para su referencia. No cambie el formulario ni omita cosas. Si tenemos alguna pregunta o si hay algún problema con el formulario, le enviaremos una carta o lo llamaremos.

Tramitaremos su formulario rápidamente una vez que lo recibamos. Si tiene alguna pregunta, llame al número de Servicios al Miembro que está en su tarjeta de identificación y pida hablar con Member Privacy Unit.

Un saludo cordial,

Member Privacy Unit
Amerigroup Community Care

Documentos adjuntos: Aviso de no discriminación
Obtenga ayuda en otros idiomas

Lea esta página con el fin de obtener ayuda para completar la página 1 del formulario.

PARTE A: Miembro

1. Escriba en letra de imprenta su apellido, nombre y la primera letra de su segundo nombre.
2. Escriba su fecha de nacimiento de la siguiente manera: mm/dd/aaaa. Por ejemplo, si nació el 5 de octubre de 1960, usted escribiría 10/05/1960.
3. Escriba su dirección residencial completa, ciudad, estado y código postal.
4. Escriba un número telefónico (con código de área) donde comunicarse con usted durante el día.
5. Escriba su número telefónico celular/móvil (con código de área) donde comunicarse con usted.
6. El número de identificación del miembro está en su tarjeta de identificación de miembro.

PARTE B: Personas o compañías que pueden ver mis expedientes

7. Después de marcar la casilla de la persona o compañía que puede ver sus expedientes, díganos el nombre completo de la persona o compañía a la que se le permite ver sus expedientes. No utilice un término general como “mi hija” o “mi hijo”. Usted debe ser muy claro.
8. Si marca “Otra persona o compañía”, proporcione:
 - El nombre y apellido (si los tiene).
 - El nombre de la compañía (si corresponde) y explique su relación con usted.

PARTE C: Mis expedientes

Díganos cuáles expedientes nos permitirá divulgar (todos o solo algunos):

9. Para divulgar todos sus expedientes, marque la primera casilla.
10. Para divulgar solo algunos expedientes, marque la segunda casilla.
11. Esta sección también incluye expedientes que usted piensa que son muy personales o muy privados para usted. Si está de acuerdo en que podemos divulgar estos tipos de expedientes, marque cuáles casillas corresponden.



Formulario de autorización del miembro

Este formulario debe ser llenado por un miembro. El formulario permite que una persona o compañía vea los expedientes del miembro. Escriba lo más que pueda sobre usted. Si necesita ayuda, vea la carta incluida con este formulario. En ella se explica cómo llenar cada una de las partes. También puede llamar al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

PARTE A: MIEMBRO			
Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro
Dirección física del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico celular/móvil (con código de área)	Número telefónico diurno (con código de área)	Número de identificación del miembro (vea la tarjeta de identificación del miembro)	

PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS EXPEDIENTES

Las personas o compañías indicadas y marcadas abajo tienen derecho a ver mis expedientes. (Deben tener de 18 años de edad en adelante). Marque cada una de las casillas que correspondan. Escriba los nombres y apellidos.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si usted es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos).
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (nombre y apellido si lo tiene. Podría ser una persona o el nombre de una compañía. Además, escriba su relación con esta persona o compañía).

PARTE C: MIS EXPEDIENTES

Permitiré que Amerigroup Community Care comparta los expedientes abajo (marque solo una casilla):

Todo mi expediente médico. Pueden ser expedientes sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros proveedores de atención médica. Los expedientes también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean expedientes sensibles (muy personales) a menos que yo esté de acuerdo con esto abajo.

Solo algunos expedientes (marque todos los que le aplican)

<input type="checkbox"/> Apelación	<input type="checkbox"/> Médico y hospital	<input type="checkbox"/> Referido (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento)
<input type="checkbox"/> Facturas	<input type="checkbox"/> Información financiera	<input type="checkbox"/> Tratamiento
<input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos	<input type="checkbox"/> Preautorización y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos autorización para un tratamiento.	<input type="checkbox"/> Dental
<input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud)		<input type="checkbox"/> Vista
<input type="checkbox"/> Elegibilidad		<input type="checkbox"/> Farmacia
		<input type="checkbox"/> Otro

También permitiré que Amerigroup comparta este tipo de expediente sensible (muy personal) abajo. Marque todas las casillas que le apliquen.

Todos los expedientes sensibles abajo²

Solo algunos expedientes sobre temas marcados abajo

<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	<input type="checkbox"/> Salud mental
<input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental)	<input type="checkbox"/> Situación de embarazo	<input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual transmitidas a otras personas
<input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias ^{1, 2} (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas)	<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Otro: _____

¹ Especifique el periodo de los expedientes a ser divulgados: _____
 Descripción de los expedientes que podrían ser divulgados: _____

Lea esta página con el fin de obtener ayuda para completar la página 2 del formulario.

PARTE D: Por qué desea que sus expedientes sean compartidos

1. La primera casilla nos dice que divulguemos sus expedientes como se muestra en este formulario.
2. La segunda casilla nos dice un motivo especial. Podría ser compartir con un abogado o familiar. Escriba su motivo en el espacio.

PARTE E: Revise y firme

Una vez que firme el formulario, el mismo será válido por:

3. Marque la primera casilla para un año. Esta es la duración normal.
4. Marque la segunda casilla para decir que el formulario que firma será válido por menos de un año. Luego proporcione la fecha en que desea que termine.
5. **Firme y ponga la fecha en el formulario.** Su nombre y firma *deben* coincidir con lo que escribió en la Parte A.
6. **Si está firmando este formulario en nombre de otra persona o si tiene formularios que dicen que usted tiene poder de representación para la atención médica, o es tutor legal o curador, debe hacer lo siguiente:**
 - Llene el campo **Persona jurídica o tutor legal designado**.
 - Denos una copia del formulario legal que indique que usted tiene poder de representación. Inclúyalo con este formulario.

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los expedientes sobre trastorno por el uso de sustancias mantenidos por Amerigroup sobre mí. Sé que mis expedientes sobre trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo leyes y normas generales y estatales. Este formulario mantendrá privados estos expedientes. Ningún expediente puede ser divulgado sin que yo lo diga por escrito. Esto es a menos que las leyes y normas digan eso. También sé que puedo retirar el hecho de que estuve de acuerdo con esto en cualquier momento como se indica abajo en la Parte E. Sé que no puedo cancelar este formulario firmado después de que haya divulgado mi expediente médico.

PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SUS EXPEDIENTES SEAN COMPARTIDOS (marque solo una casilla)

Por las razones que se describen en este formulario

Razones especiales: _____

PARTE E: REVISE Y FIRME (marque solo una casilla)

Una vez que firme y envíe este formulario, el mismo será válido por:

Un año a partir del día en que firme el formulario

Antes de un año y en la fecha, acontecimiento o motivo indicado abajo

He leído cada una de las partes de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Amerigroup use y divulgue mis expedientes tal como lo dispuso arriba. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago ni para inscribirme o recibir beneficios. Tengo derecho a retirar lo que he acordado en este formulario en cualquier momento. Le diré a Amerigroup por escrito que lo estoy haciendo. Sé que retirar esto no cambiará ninguna medida tomada antes de hacerlo. También sé que cualquier expediente que una persona o grupo reciba (que yo haya acordado) puede ser divulgado. Si ocurre esto, los expedientes pueden ya no estar protegidos en virtud de la norma de privacidad de la HIPAA.

Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre)

Fecha

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de terminar de llenarlo. Haga una copia para su referencia. Devuelva este formulario completado en el sobre que incluimos.

PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO

(solo complete esta sección si tiene documentación que respalda la representación legal)

Si hay una persona que está firmando por el miembro (alguien que atiende al miembro), necesitamos que llene estos formularios:

Una copia del poder de representación general o duradero para atención médica

Una orden del tribunal u otro comprobante. Esto demostrará que alguien tiene derecho legal para cuidar a una persona. Otras pruebas pueden ser formularios que indican que alguien puede por ley actuar por el miembro.

Llene las líneas de abajo:

Representante legal del miembro (nombre completo en letra de imprenta)

Relación del representante legal con el miembro

Dirección física del representante legal

Ciudad

Estado

Código postal

Firma

Fecha

X

Llene el formulario y envíelo por correo a:

Member Privacy Unit
P. O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466

Estos son ejemplos de formularios legales usados cuando una persona necesita que alguien más tome decisiones por ella.

- **Poder de representación general o duradero para atención médica.** Este formulario le da a una persona el poder legal para actuar por usted. Esta persona puede tomar decisiones de atención médica por usted. Podría decir esto en el formulario: “para hacerse cargo de mi persona en caso de enfermedad de cualquier clase”. También puede decir esto: “y en general para hacer y actuar por mí y en mi nombre todo lo que yo podría hacer si no estoy ahí”.
- **Tutela legal.** Esto es cuando el tribunal nombra a alguien para que cuide a una persona.
- **Tutela.** Esto ocurre cuando un juez designa a una persona para que esté a cargo. Podría ser cuando una persona no puede tomar decisiones por sí misma.
- **Ejecutor de la sucesión.** Este tipo de formulario se usa cuando la persona de la que se está hablando ha fallecido.

Este formulario debe ser llenado por un miembro. El formulario permite que una persona o compañía vea los expedientes del miembro. Escriba lo más que pueda sobre usted. Si necesita ayuda, vea la carta incluida con este formulario. En ella se explica cómo llenar cada una de las partes. También puede llamar al número de Servicios al Miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

PARTE A: MIEMBRO

Apellido del miembro	Nombre del miembro	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento del miembro
Dirección física del miembro	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico celular/móvil (con código de área)	Número telefónico diurno (con código de área)	Número de identificación del miembro (vea la tarjeta de identificación del miembro) 	

PARTE B: PERSONAS O COMPAÑÍAS QUE RECIBIRÁN MIS EXPEDIENTES

Las personas o compañías indicadas y marcadas abajo tienen derecho a ver mis expedientes. (Deben tener de 18 años de edad en adelante). Marque cada una de las casillas que correspondan. Escriba los nombres y apellidos.

<input type="checkbox"/> Mi cónyuge (nombre y apellido)	<input type="checkbox"/> Mis padres (si usted es mayor de 18 años, escriba los nombres y apellidos).
<input type="checkbox"/> Mis hijos adultos (nombres y apellidos)	<input type="checkbox"/> Otro (nombre y apellido si lo tiene. Podría ser una persona o el nombre de una compañía. Además, escriba su relación con esta persona o compañía).

PARTE C: MIS EXPEDIENTES

Permitiré que Amerigroup Community Care comparta los expedientes abajo (marque solo una casilla):

Todo mi expediente médico. Pueden ser expedientes sobre su salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud), reclamaciones, nombres de médicos y otros proveedores de atención médica. Los expedientes también pueden ser sobre dinero (como facturación y banca). Marcar esta casilla no permitirá que otras personas vean expedientes sensibles (muy personales) a menos que yo esté de acuerdo con esto abajo.

O

Solo algunos expedientes (marque todos los que le aplican)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apelación | <input type="checkbox"/> Médico y hospital | <input type="checkbox"/> Referido (cuando su médico principal dice que está bien ver a un médico especialista para cierto tratamiento) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios y cobertura | <input type="checkbox"/> Notas de los médicos | <input type="checkbox"/> Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Facturas | <input type="checkbox"/> Información financiera | <input type="checkbox"/> Dental |
| <input type="checkbox"/> Reclamaciones y pagos | <input type="checkbox"/> Precertificación y preautorización (para aprobaciones de tratamiento). Es cuando le damos autorización para un tratamiento. | <input type="checkbox"/> Vista |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico (nombre de la enfermedad o problema de salud) | | <input type="checkbox"/> Farmacia |
| <input type="checkbox"/> Elegibilidad | | <input type="checkbox"/> Otro |

También permitiré que Amerigroup comparta este tipo de expediente sensible (muy personal) abajo. Marque todas las casillas que le apliquen.

Todos los expedientes sensibles abajo²

O

Solo algunos expedientes sobre temas marcados abajo

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Abuso (sexual/físico/mental) | <input type="checkbox"/> Situación de embarazo | <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual transmitidas a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por el uso de sustancias ^{1,2} (tal como tratamiento para el abuso de alcohol y/o drogas) | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

1 Especifique el periodo de los expedientes a ser divulgados: _____
 Descripción de los expedientes que podrían ser divulgados: _____

2 A menos que especifique lo contrario en este formulario, pretendo que esta divulgación incluya todos los expedientes sobre trastorno por el uso de sustancias mantenidos por Amerigroup sobre mí. Sé que mis expedientes sobre trastorno por el uso de sustancias están protegidos bajo leyes y normas generales y estatales. Este formulario mantendrá privados estos expedientes. Ningún expediente puede ser divulgado sin que yo lo diga por escrito. Esto es a menos que las leyes y normas digan eso. También sé que puedo retirar el hecho de que estuve de acuerdo con esto en cualquier momento como se indica abajo en la Parte E. Sé que no puedo cancelar este formulario firmado después de que haya divulgado mi expediente médico.

PARTE D: POR QUÉ QUIERE QUE SUS EXPEDIENTES SEAN COMPARTIDOS (marque solo una casilla)

- Por las razones que se describen en este formulario
- Razones especiales: _____

PARTE E: REVISE Y FIRME (marque solo una casilla)

Una vez que firme y envíe este formulario, el mismo será válido por:

- Un año a partir del día en que firme el formulario
- Antes de un año y en la fecha, acontecimiento o motivo indicado abajo

He leído cada una de las partes de este formulario. Sé, acepto y permitiré que Amerigroup use y divulgue mis expedientes tal como lo dispuse arriba. También sé que firmé este formulario por voluntad propia. Sé que no tengo que firmar este formulario para recibir tratamiento o pago ni para inscribirme o recibir beneficios. Tengo derecho a retirar lo que he acordado en este formulario en cualquier momento. Le diré a Amerigroup por escrito que lo estoy haciendo. Sé que retirar esto no cambiará ninguna medida tomada antes de hacerlo. También sé que cualquier expediente que una persona o grupo reciba (que yo haya acordado) puede ser divulgado. Si ocurre esto, los expedientes pueden ya no estar protegidos en virtud de la norma de privacidad de la HIPAA.

Firma del miembro (si el miembro es menor, firma del padre o de la madre)	Fecha
---	-----------

Usted tiene derecho a conservar una copia de este formulario después de terminar de llenarlo. Haga una copia para su referencia. Devuelva este formulario completado en el sobre que incluimos.

PERSONA JURÍDICA O TUTOR LEGAL DESIGNADO
(solo complete esta sección si tiene documentación que respalda la representación legal)

Si hay una persona que está firmando por el miembro (alguien que atiende al miembro), necesitamos que llene estos formularios:

- Una copia del poder de representación general o duradero para atención médica
- Una orden del tribunal u otro comprobante. Esto demostrará que alguien tiene derecho legal para cuidar a una persona. Otras pruebas pueden ser formularios que indican que alguien puede por ley actuar por el miembro.

Llene las líneas de abajo:

Representante legal del miembro (nombre completo en letra de imprenta)		Relación del representante legal con el miembro	
Dirección física del representante legal	Ciudad	Estado	Código postal
Firma X		Fecha 	

Llene el formulario y envíelo por correo a:
Member Privacy Unit
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466