

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 **bcbsks.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.

<p>Solo para uso interno</p> <p>Devolver a _____</p> <p>Dirección de correo _____</p>
--