

Instrucciones para completar la Autorización HIPAA de Healthmap

Este documento tiene como objetivo ayudar a los miembros y sus cuidadores a completar el formulario de Autorización HIPAA de Healthmap. Al completar y firmar este formulario, el miembro autoriza a Healthmap a divulgar o discutir su información de salud protegida con la persona designada en el formulario. Consulte la siguiente guía para ayudar a completar cada sección.

- **Identificación del Miembro:** El miembro debe escribir en letra de molde su nombre completo, fecha de nacimiento y dirección.
- **Identificación del Destinatario:** El miembro debe escribir en letra de molde el nombre completo, número de teléfono y dirección de la persona autorizada. La persona autorizada es la persona con quien Healthmap puede discutir o divulgar la información de salud protegida del miembro. El miembro NO puede designarse a sí mismo como persona autorizada.
- **Divulgaciones Cubiertas:** El miembro debe indicar si la Autorización HIPAA permite que Healthmap comparta información con la(s) persona(s) autorizada(s) sobre:
 1. Todos los asuntos de atención médica pasados, presentes y futuros del miembro;
 2. Asuntos de atención médica limitados a un período de tiempo específico; o
 3. Condición(es) médica(s) específica(s) del miembro
- **Exclusión de Datos Sensibles:** El miembro puede indicar si desea excluir ciertas condiciones sensibles de la autorización para que Healthmap comparta información con la persona autorizada. Ejemplos de información sensible incluyen, entre otros: abuso, trastornos por uso de sustancias, VIH/SIDA u otras condiciones sensibles.
- **Fecha de Vencimiento:** El miembro debe proporcionar una fecha de vencimiento para la autorización, esta debe indicarse como una fecha futura específica o como la fecha de fallecimiento del miembro.
- **Firma:** El formulario debe ser firmado por el miembro o por un representante legalmente autorizado.
 1. Si el miembro es capaz de firmar, debe hacerlo en el bloque identificado como “Firma del Miembro”.
 2. Si el miembro no puede proporcionar una firma, puede realizar una marca (por ejemplo, una “X”) en el bloque “Firma o Marca del Miembro.” Una persona que haya presenciado la marca debe firmar junto a ella como testigo.
 3. Si una persona tiene autoridad legal para actuar en nombre del miembro, puede firmar en el bloque identificado como “Firma de la Persona con Autoridad Legal.”

Por favor devuelva una copia del formulario adjunto de Autorización HIPAA a care.coordination@healthmapsolutions.com. Si tiene alguna pregunta relacionada con este formulario de Autorización HIPAA, por favor contacte al Departamento de Cumplimiento de Healthmap al (800) 441-4259 y compliance@healthmapsolutions.com.





Formulario de autorización de privacidad de HIPAA

Autorización para el uso o la divulgación de información médica protegida
Requeridos por las Normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y
Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (Health Insurance Portability
and Accountability Act of 1996, HIPAA)

Nombre en letra de imprenta del afiliado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____

Yo, el afiliado o el representante autorizado del afiliado, autorizo a **HEALTHMAP SOLUTIONS** a utilizar y/o divulgar la información médica protegida que se describe a continuación a (el "Receptor"):

Nombre en letra de imprenta *Número de teléfono*

Dirección *Ciudad* *Estado* *Código postal*

La autorización cubre, usa y divulga la siguiente información médica: (marcar una opción)

- ☐ Todos los períodos pasados, presentes y futuros, **O**
- ☐ Por el período de atención médica desde _____ hasta _____, **O**
- ☐ Mi información médica relacionada con el siguiente tratamiento o enfermedad: _____

Consentimiento adicional para determinadas enfermedades

El presente expediente médico puede contener información **sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, aborto o tratamiento de salud mental. Se debe dar un consentimiento por separado antes de que se divulgue esta información.**

- ☐ Doy mi consentimiento para que se divulgue la información siguiente:
- ☐ Abuso físico o sexual
 - ☐ Alcoholismo, drogas y sustancias
 - ☐ Enfermedades de transmisión sexual
 - ☐ Aborto
 - ☐ Tratamiento de salud mental
 - ☐ Información genética, incluidos los resultados de pruebas genéticas
- ☐ No doy mi consentimiento para que se divulgue información relacionada con determinadas afecciones.

Consentimiento adicional para VIH/SIDA

El presente expediente médico puede contener información sobre **pruebas de VIH y/o diagnóstico o tratamiento del SIDA**. Se debe dar un consentimiento por separado para que se divulgue esta información.

- ☐ Doy mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.
- ☐ No doy mi consentimiento para que se divulgue la información anterior.

El Receptor podrá usar esta información médica para tratamiento médico o consulta, facturación o pago de reclamos, u otros fines que yo disponga.

1. Esta autorización estará en pleno vigor y efecto hasta _____,
Fecha en que expirará la autorización
O de un acontecimiento de la vida, como un fallecimiento.
2. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, mediante el envío de un correo electrónico a compliance@healthmapsolutions.com. Comprendo que la revocación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya obrado de acuerdo con mi autorización o si mi autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro y la aseguradora tiene derecho legal a impugnar una reclamación.
3. Comprendo que mi tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados al hecho de que firme esta autorización.
4. Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada por el Receptor y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales.
5. Recibiré una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una copia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Para afiliados de California y Texas ÚNICAMENTE:

Si el afiliado reside en California o Texas, o si el tratamiento se prestó en California o Texas, complete la siguiente sección. La divulgación se limitará a los siguientes tipos de información:

- ☐ **Registro completo, sin limitación**
- ☐ Órdenes del proveedor
- ☐ Notas del progreso
- ☐ Antecedentes/Examen físico
- ☐ Alergias del afiliado
- ☐ Diagnóstico
- ☐ Medicamentos pasados/presentes
- ☐ Historia social
- ☐ Plan de tratamiento individual
- ☐ Información legal
- ☐ Evaluaciones médicas (p. ej., electrocardiograma)
- ☐ Resultados de laboratorio y pruebas

☐ Información de facturación

☐ Otra (especifique): _____

AUTORIZACIÓN DE FIRMA para afiliados de Texas: He leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información como se describe. Entiendo que negarme a firmar este formulario no detiene la divulgación de información médica que haya ocurrido antes de la revocación o que de otra manera esté permitida por la ley sin mi autorización o permiso específicos, incluidas las divulgaciones a entidades cubiertas según lo dispuesto por el Código de Salud y Seguridad de Texas § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del receptor y ya no estará protegida por las leyes federales o estatales.

FIRMA

Firma del afiliado

(La persona sobre la que trata la información)

Nombre del afiliado en letra
de imprenta

Fecha

O

Si una **persona sin facultad legal para actuar en nombre del afiliado** está llenando este formulario porque el afiliado es analfabeto o está incapacitado, complete la siguiente información:

O

Firma o marca en nombre del afiliado

Nombre en letra de imprenta de
la persona que actúa en nombre
del afiliado

Fecha

O

Si una **persona con facultad legal para actuar en nombre del afiliado**, como un padre, una madre o tutor legal, un representante de atención médica o una persona que actúa en virtud de un poder notarial u orden judicial, está llenando este formulario, complete la siguiente información:

Firma de la persona con facultad legal

Nombre en letra de imprenta de
la persona con

Fecha

Describe la facultad legal de esta persona para
firmar en nombre del afiliado:



Si cree que Healthmap Solutions Inc. no ha preservado su información médica protegida o tiene una pregunta o inquietud que le gustaría que Healthmap abordara, informe al funcionario de privacidad escribiendo a Privacy Officer at Healthmap Solutions Inc., 4631 Woodland Corporate Blvd, Suite 201, Tampa, FL 33614, o por correo electrónico a compliance@healthmapsolutions.com y/o llame al 1-877-546-7004 o si usa un **TTY**, llame al **711**.