



## **Autorización para divulgación de información sobre salud**

De conformidad con la ley del Estado de Nueva York y la Regulación sobre privacidad de la Ley sobre transferibilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 - HIPAA), como afiliado de, VNSNY CHOICE Total (HMO SNP), de ahora en adelante estos programas serán referidos a VNSNY CHOICE, entiendo que VNSNY CHOICE o su administrador tercera parte puede divulgar o tratar mi información de salud si existe en archivo una Autorización para divulgación de información sobre salud (en adelante denominada "Divulgación"). Esta Divulgación permitirá que otra persona u organización (incluyendo un cónyuge, miembro de la familia o amigo, en adelante denominado el "Receptor") tenga acceso a mi información sobre salud. Mi información sobre salud es cualquier información que se mantenga en los registros de VNSNY CHOICE que tenga relación con mi salud física o mental o condición médica pasada, presente o futura, incluyendo cualquier información financiera personal. Se debe completar una Divulgación por separado para cada Receptor.

Esta autorización puede incluir la divulgación de información relacionada con tratamiento sobre **ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS, TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**, excepto notas sobre psicoterapia e **INFORMACIÓN CONFIDENCIAL RELACIONADA CON EL VIH\*** solamente si marco las líneas apropiadas en la Sección 3 (abajo). En el evento en que la información sobre salud descrita abajo incluya cualquiera de esos tipos de información, y yo marque la línea en la Sección 3, específicamente autorizo la divulgación de cualquier información a la persona o personas indicadas en la Sección 2.

Si autorizo la divulgación de tratamiento relacionado con VIH, alcohol o drogas, o información sobre el tratamiento de salud mental, se prohíbe que el Receptor divulgue posteriormente esta información sin mi autorización a no ser que la ley estatal o federal le permita hacerlo. Entiendo que tengo el derecho de solicitar una lista de personas que puedan recibir o usar mi información relacionada con VIH sin autorización. Si experimento discriminación debido a la revelación o divulgación de información relacionada con el VIH, puedo comunicarme con la División de derechos humanos del Estado de Nueva York (New York State Division of Human Rights) al (212) 480-2493 o con la Comisión de derechos humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Commission of Human Rights) al (212) 306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

Llame a Servicios a afiliados al 1-866-783-1444 si tiene preguntas acerca de este formulario.

## Sección 1 - Identificación e información de contacto del afiliado

El afiliado identificado en esta sección es la persona cuya información sobre salud puede ser revelada conforme a esta Divulgación. Por favor indique su nombre e información sobre identificación personal, junto con información adicional sobre contacto en caso de que tengamos preguntas relacionadas con esta Divulgación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Número de identificación del plan de salud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de día: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de noche \_\_\_\_\_

## Sección 2 - Información sobre el Receptor

VNSNY CHOICE o su administración tercera parte (TMG Health) puede divulgar su información sobre salud al siguiente individuo u organización. Por favor tenga en cuenta que el individuo indicado abajo no está autorizado para modificar la información de sus registros. Solamente un representante personal legalmente nombrado (como por medio de poder) tiene la autoridad para modificar sus registros de salud.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de día: \_\_\_\_\_

Número de teléfonos de noche: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (Requeridos si el Receptor es un individuo): \_\_\_\_\_

Número de identificación de plan de salud, si es aplicable: \_\_\_\_\_

\*El Virus de inmunodeficiencia humana (el virus que causa el SIDA). La Ley sobre salud pública del Estado de Nueva York protege la información que podría identificar a alguien como portador de síntomas o infección de VIH e información relacionada con los contactos de una persona.

**Sección 3 - Limitaciones para divulgación**

VNSNY CHOICE puede divulgar su información sobre salud conforme a las siguientes limitaciones (marque las que correspondan):

\_\_\_\_\_ Consulta solamente (la persona identificada arriba como "Receptor" puede recibir toda la información sobre salud en archivo, pero no puede hacer cambios a la información sobre salud en archivo. Sólo un Representante personal puede hacer cambios en el registro del afiliado; ver Sección 5 abajo).

\_\_\_\_\_ Solamente actualizaciones por el médico de atención primaria (PCP por sus siglas en inglés).

\_\_\_\_\_ Otro acceso limitado (por favor especificar):

\_\_\_\_\_ Información relacionada con: \_\_\_\_\_ tratamiento de alcohol/drogas.

\_\_\_\_\_ tratamiento de salud mental (excepto notas sobre psicoterapia).

\_\_\_\_\_ información confidencial relacionada con el VIH.

**Sección 4 - Expiración y revocación**

Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta el punto en que se haya tomado acción con base en esta autorización, notificando por escrito a VNSNY CHOICE. Dicha revocación tendrá efecto una vez que VNSNY CHOICE la reciba y no afectará ningún uso o divulgación de información antes de que VNSNY CHOICE reciba la revocación.

**Sección 5 - Representante personal**

*(NOTA: Si la persona identificada en la Sección 1 firma este formulario, omita esta sección y pase a la sección 6).*

Esta Divulgación se puede completar y firmar a nombre de cualquier afiliado por parte del Representante personal del afiliado. Un Representante personal es una persona que tiene **autoridad legal** para actuar en asuntos sobre atención médica a su nombre, incluyendo una persona que ha recibido un poder, o un tutor nombrado por la corte. Por favor adjunte el documento legal que le da la autoridad de actuar a nombre del afiliado.

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación del representante personal con el afiliado o suscriptor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de día del Representante personal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de noche del Representante personal: \_\_\_\_\_

## Sección 6 - Procedimiento para presentar o revocar este formulario

Después de completar y firmar este formulario, por favor devuélvalo a la siguiente dirección:

**VNSNY CHOICE**  
**Attention: Member Services**  
**220 East 42nd Street, 3rd Floor**  
**New York, NY 10017**

Para revocar este formulario usted puede presentar su solicitud por fax al 1-866-791-2214 o por correo electrónico a la dirección indicada arriba. Por favor incluya su nombre y número de identificación del plan de salud en su correspondencia. Si es aplicable, indique su condición como Representante personal (ver sección 5 arriba), así como el nombre de la persona que ya no debe tener más acceso a su información sobre salud.

Al firmar en donde se indica abajo, usted acepta que entiende que (i) esta autorización es voluntaria, (ii) la información divulgada sobre salud puede ser divulgada de nuevo por parte del Receptor, excepto como se indica en la sección 3 de este formulario y ya no queda protegida por las regulaciones federales sobre privacidad si el Receptor no es un plan de salud, médico de atención a la salud u otro negocio cubierto por las leyes o regulaciones aplicables sobre privacidad. Por favor conserve una copia de este formulario firmado para sus archivos.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado o del  
Representante personal del afiliado.

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del Afiliado o del  
Representante personal del afiliado.

VNSNY CHOICE Total es un plan de HMO SNP con contrato de Medicare. Este plan también es un plan Medicaid Advantage Plus, con un contrato con el Departamento de Salud del estado de Nueva York. La inscripción en VNSNY CHOICE Medicare depende de la renovación del contrato. La inscripción en VNSNY CHOICE Total depende de la renovación del contrato..