



Autorización para analizar verbalmente información de salud protegida

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo a Community Health Plan of Washington (CHPW) a analizar **verbalmente** la información sobre mí marcada a continuación (marque todas las opciones que correspondan):

- Información médica, incluidos los síntomas, los diagnósticos, los medicamentos y los planes de tratamiento.
- Información sobre pruebas y tratamientos para enfermedades de transmisión sexual (ETS), que incluyen las pruebas y el tratamiento para VIH/SIDA.
- Información sobre pruebas de embarazo, servicios de aborto, atención prenatal y control de natalidad.
- Información sobre salud mental, incluidos los síntomas, los diagnósticos, los medicamentos, las evaluaciones y los planes de tratamiento.
- Información sobre dependencia de sustancias químicas, incluidos los síntomas, los diagnósticos, los medicamentos y los planes de tratamiento. **La información sobre trastornos por consumo de sustancias tóxicas requiere otra autorización por escrito firmada.**
- Evaluaciones e historial académicos, incluidos los Planes educativos individualizados.
- Derivaciones para servicios solicitados o recomendados por mis proveedores, incluida la información sobre citas.
- Otra: _____

CHPW puede analizar la información mencionada con las siguientes personas:

Nombre	Número de teléfono	Entidad/relación con el miembro

Comprendo que no tengo la obligación de firmar este formulario. Se compartirá la información para ayudar a coordinar mi atención médica. Comprendo que es posible que este formulario se use para analizar información relacionada con mi atención médica. Toda divulgación de la información acerca de trastornos por consumo de sustancias tóxicas debe realizarse de acuerdo con la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés). **Comprendo que, si no firmo este formulario, CHPW no podrá analizar mi información con las personas que se mencionan en él.**

Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento (escribiéndole a CHPW). Cancelarla no afectará ninguna información que ya se haya analizado. **Este formulario tiene validez hasta que yo lo cancele o durante un año después de que se haya firmado.**

_____ Firma del miembro de 13 años o más/tutor	_____ Fecha	_____ Relación con el miembro
_____ Testigo si el miembro no puede firmar	_____ Fecha	_____ Razón por la que el miembro no puede firmar

Si lo firma un representante autorizado, adjunte copias de la documentación legal de respaldo.

Nota: Se REQUIERE la firma de un miembro menor para compartir información acerca de lo siguiente:
1. ETS/VIH/SIDA, embarazo, aborto, atención prenatal y control de natalidad
2. Tratamiento de salud mental
3. Tratamiento por consumo de sustancias tóxicas.





COMMUNITY HEALTH PLAN
of Washington™

Autorización para analizar verbalmente información de salud protegida

CHPW tiene la obligación de respetar las leyes de privacidad que afectan la divulgación de su información de salud. Deseamos que le resulte más fácil que sus familiares, amigos y otras personas que usted designe participen en su atención. Puede usar este formulario para hacer una lista de las personas con las que desea que hablemos sobre su atención médica.

¿Cómo puedo autorizar a una persona a que analice verbalmente mi información?

Para informarnos con quién podemos comunicarnos, complete el formulario de *Autorización para analizar verbalmente información de salud protegida* que se encuentra al reverso de esta página. Marque las casillas para indicarnos qué información podemos analizar.

¿Cómo se usa la información del formulario?

Usamos este formulario para asegurarnos de que tenemos autorización para analizar su información de salud con personas que pueden participar en su atención.

¿En qué tipo de situaciones podría resultar útil esto?

- Un padre de edad avanzada desea que un hijo adulto lo ayude con la atención médica.
- Un amigo ayuda a un paciente de edad avanzada con sus problemas de salud.
- Un estudiante universitario desea que se comparta información con sus padres.
- Un hijo adulto se comunica para averiguar la hora de una cita de sus padres.

¿Puede obtener copias de mis registros médicos la persona que yo incluya en la lista de este formulario?

No, este formulario solo autoriza a CHPW a analizar información verbalmente. Si desea que compartamos sus registros médicos, debe completar un formulario de Autorización para divulgar información de salud protegida. Este formulario se encuentra en el sitio web de CHPW <https://www.chpw.org/for-members/your-privacy-and-rights/>.

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Puede cancelar o modificar este formulario de autorización en cualquier momento enviándonos una declaración por escrito.

¿Qué sucede si no completo este formulario?

No analizaremos su información de salud protegida, salvo que la ley lo permita.

¿Cuáles son las reglas para los miembros menores?

Un miembro menor puede recibir determinados servicios sin el consentimiento de sus padres. En estos casos, el menor debe firmar este formulario para permitirnos que analicemos su información.

¿A dónde envío el formulario completo o alguna modificación?

Community Health Plan of Washington

1111 Third Avenue, Suite 400

Seattle, WA 98101

Fax: (206) 652-7092

Puede solicitar estos materiales en otros idiomas o formatos alternativos, sin cargo, llamando al 1-866-418-1561 (los usuarios de TTY de retransmisión deben marcar 7-1-1).

1111 3rd Avenue | Suite 400 | Seattle, Washington 98101 | 1-800-440-1561 | www.chpw.org

