

Community Health Plan of Washington

Autorización para divulgar información confidencial sobre el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias

Este formulario se utiliza para divulgar su información (Registros protegidos de la Parte 2) protegida sobre el tratamiento (tratamiento por alcohol o drogas) del trastorno por consumo de sustancias (SUD) según lo exigen las leyes de privacidad estatales y federales. Su autorización permite que Community Health Plan of Washington (CHPW) divulgue sus Registros protegidos de la Parte 2 a la(s) persona(s) u organización(es) que usted nombre en particular.

Tratamiento ambulatorio del SUD: Conforme a la ley de Washington, un miembro menor de edad debe dar su consentimiento para la divulgación de sus Registros protegidos de la Parte 2 en el caso del tratamiento **ambulatorio** del SUD, si ha obtenido dicho tratamiento sin el consentimiento de los padres.

Tratamiento del SUD para pacientes internados: Conforme a la ley de Washington, un menor de 13 años o más puede recibir tratamiento del SUD para pacientes internados sin el consentimiento de sus padres **solo** si el Departamento de Servicios Sociales y Salud (DSHS) determina que se trata de “un niño que necesita los servicios”. **Solo** el miembro menor puede otorgar un consentimiento por escrito para la divulgación de información que identifique a un menor que ha sido considerado “un niño que necesita los servicios” por el DSHS. Por el contrario, **tanto** el miembro menor **como** su padre, madre, tutor o representante autorizado deben otorgar un consentimiento por escrito para la divulgación de información que identifique a un menor que no ha sido identificado como “un niño que necesita los servicios” por el DSHS.

1. **Nombre del miembro:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____
Número de identificación del miembro: _____ **Fecha de la solicitud:** _____
Dirección del miembro: _____
Correo electrónico del miembro: _____
Teléfono del miembro: _____ **Fax del miembro:** _____

Si el consentimiento del padre, madre o tutor es para información sobre el tratamiento del SUD para pacientes internados de un menor, indique el nombre del menor:

- Seleccione una opción:** Está bien dejar un mensaje con información detallada.
 Dejar un mensaje solo con el número al cual devolver la llamada.

2. El miembro mencionado autoriza por la presente a CHPW a divulgar información sobre el nombre del miembro y otra información de identificación personal, su estado como paciente que obtiene diagnóstico, tratamiento y referencia para tratamiento con un Programa de la Parte 2, y medicamentos a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es) (adjunte una hoja aparte si fuera necesario):

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

3. **Marque la(s) casilla(s) a continuación para indicarle a CHPW la información específica que desea que se divulgue (naturaleza y cantidad de información que se divulgará, lo más limitado posible):**

Toda la información (reclamaciones, apelaciones, facturación, inscripción, etc.).

Todos los datos de reclamaciones de beneficios relacionados con el tratamiento del SUD.

Apelaciones.

Reclamaciones específicas (especifique las fechas de servicio, el número de reclamación, etc.):

Información sobre inscripción o facturación.

Registros relacionados con mi tratamiento del SUD en un Programa de la Parte 2.

Otro (especifique): _____

4. El propósito de la divulgación en el presente es: _____
5. Entiendo que mis Registros protegidos de la Parte 2 están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, el Título 42, Parte 2, del Código de Regulaciones Federales (CFR), y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), el Título 45, Partes 160 y 164 del CFR, y que no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

También comprendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento (verbalmente o por escrito) en la medida en que se haya tomado una acción en base a él y que, **en cualquier caso, su consentimiento caduca automáticamente de la siguiente manera** (especifique la fecha, el evento o la condición en la que caduca el consentimiento):

Nombre del miembro en imprenta

Teléfono del miembro

Fecha

Firma del miembro

5a. Firma del padre, madre o tutor para los registros de tratamiento del SUD **para pacientes internados** protegidos de la Parte 2 del miembro dependiente menor de edad:

**Nombre del padre, madre o tutor
en imprenta**

**Teléfono del padre, madre
o tutor**

Fecha

Firma del padre o madre/tutor

Marque aquí si firma como representante personal (persona autorizada para firmar en lugar del miembro) y complete a continuación. Adjunte la documentación apropiada (p. ej.: poder notarial). Esta sección solo aplica si ha firmado alguien que no sea el afiliado.

Número telefónico del representante personal: _____

Relación del representante personal con el miembro: _____

Entregue una copia del formulario firmado al miembro y conserve una copia en su expediente.

6. Aviso que prohíbe la divulgación de información de identificación del paciente:

Esta información que se le ha divulgado está protegida por las normas federales de confidencialidad (Título 42, Parte 2, del CFR). Las normas federales le prohíben realizar una divulgación adicional de este registro a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulga en este registro, o que se permita de otro modo según el Título 42, Parte 2, del CFR. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (consulte la sección 2.31). Las normas federales restringen el uso de la información para investigar o procesar en relación con un delito a un paciente con trastorno por consumo de sustancias, excepto según lo dispuesto en las secciones 2.12(c)(5) y 2.65.

7. Envíe la solicitud completa y firmada a:

Community Health Plan of Washington
Attn: Customer Service Department
1111 3rd Ave, Ste. 400
Seattle, WA 98101
Fax: (206) 521-8834
Correo electrónico: CustomerCare@chpw.org

AH_CP459_Auth_Release_Conf_SUD_Treat_Info_11_2023_SPA
H5826_CP068_Auth_Release_SUD_Treat_Info_11_2023_C SPA
CS_CP097_Auth_Release_Conf_SUD_11_2023_SPA

HCA: 37442

Si tiene alguna pregunta o desea obtener un aviso completo de sus derechos de privacidad, comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención al Cliente de CHPW utilizando los siguientes datos.

<p>Si es miembro de Apple Health (Medicaid) de Washington</p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al 1-800-440-1561, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número de TTY 711 (gratuito).</p> <p>El aviso también está disponible en línea: https://www.chpw.org/membercenter/member-rights/</p>	<p>Si es miembro de Medicare Advantage de CHPW</p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al 1-800-942-0247, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.</p> <p>Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número de TTY 711 (gratuito).</p> <p>El aviso también está disponible en línea: https://medicare.chpw.org/membercenter/member-rights/</p>
<p>Si es miembro de Cascade Select</p> <p>Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de forma gratuita al 1-866-907-1906, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.</p> <p>Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número de TTY 711 (gratuito).</p> <p>El aviso también está disponible en línea: https://individualandfamily.chpw.org/membercenter/member-rights/</p>	