



CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD SENSITIVA PARA FINES DE TRATAMIENTO AL PCP, HOSPITAL O ESPECIALISTA

Por favor complete, firme y devuelva este formulario si usted desea que su Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés), hospital o al especialista que administra su cuidado vea información de salud sensitiva electrónica que el Programa de Salud HUSKY (HUSKY) tiene acerca de usted de otros proveedores. Recuerde que su PCP puede usar esta información acerca de usted para fines de tratamiento y gestión de la atención **SOLAMENTE**.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO			
Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	# de Identificación de HUSKY
Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		

2. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR (para ser completada por adelantado por el PCP, hospital o especialista)			
Nombre del Proveedor	Número de Teléfono	# de Identificación CMAP del Proveedor	# NPI del Proveedor
Nombre del Centro Médico	Dirección de Correo Electrónico	# de Identificación CMAP del Centro Médico	# NPI del Centro Médico
Dirección Línea 1	Dirección Línea 2	Ciudad, Estado, Código Postal	

3. TIPO DE INFORMACIÓN. Deseo que HUSKY comparta información con mi proveedor(es) acerca de (marque todos los que aplican):		
<input type="checkbox"/> Salud Mental*	<input type="checkbox"/> Alcohol y/o Archivos de Tratamiento de Drogas**	<input type="checkbox"/> Información Relacionada con el HIV ***

4. EXPIRACIÓN DEL CONSENTIMIENTO. A menos que usted lo revoque antes, este consentimiento expira el: _____ / ____ /20__ o durante el _____ (Evento). Si usted no llena una fecha o evento, este consentimiento automáticamente expira en 2 años , a menos que haya sido revocado antes.

5. FIRMA			
Firma del Miembro o del Representante del Miembro	Nombre de la persona que firmó en letra de molde	Si es el Representante, relación con el Miembro	Fecha

Notas al Miembro:

- Negarse a firmar este formulario no le impide obtener servicios o beneficios de HUSKY.
- Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento informándole a HUSKY por escrito, a menos que ya se haya compartido información basada en este formulario.
- Después de que HUSKY ofrezca información a su PCP, hospital o especialista, nosotros no podemos detenerlos de compartir esa información con otros, pero ellos tiene que seguir las leyes de cómo puede usar y compartir su información de salud.

Notas al Proveedor de Atención Primaria:

* **Archivos de Salud Mental:** Se requiere la confidencialidad de los archivos psiquiátricos en virtud del capítulo 899 de los Estatutos Generales de Connecticut. Este material no será transmitido a nadie sin el consentimiento por escrito u otra autorización según lo previsto en los estatutos antes mencionados.

** **Alcohol y/o Archivos de Tratamientos de Drogas:** Esta información le ha sido divulgada a usted de registros protegidos por la regla federal de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o de otro modo, permitida por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que abusa del alcohol o las drogas.

*** **Información Relacionada con el VIH:** Esta información ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. La ley estatal le prohíbe hacer cualquier otra revelación de la misma sin el consentimiento expreso y por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permitido por la ley estatal. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.

PROVEEDORES: POR FAVOR ENTREGUEN LOS FORMULARIOS LLENOS A: HUSKY Health Attention: **Compliance**
 Fax: 203.265.2780 • Envíe a: P.O. Box 5005, Wallingford, CT 06492 • Si tiene preguntas, llame al: 1.800.859.9889