

Autorización para el uso y divulgación de información médica protegida

Nombre del miembro: _____ ID del miembro: _____

Dirección del miembro: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Núm. de teléfono: _____

Por medio del presente documento, autorizo el uso o la divulgación de mi información médica protegida (PHI, en inglés) según lo descrito a continuación.

1. Personas u organizaciones autorizadas a utilizar o divulgar la información médica protegida:

2. Nombres y direcciones de las personas u organizaciones autorizadas para recibir o utilizar la información médica protegida: (en letra de imprenta)

3. Descripción específica de la información médica protegida que se puede utilizar o divulgar:

4. **Divulgación que requiere aprobación específica:** Soy consciente de que mis registros pueden contener PHI sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos de VIH/SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual (STD), alcoholismo y drogadicción, dependencia de sustancias químicas o de salud mental. Autorizaré a Molina Healthcare a divulgar o volver a divulgar cualquier y toda la información, excepto aquella que marcaré con mis iniciales a continuación.

No quiero que se comparta mi información médica sobre pruebas, diagnósticos o tratamientos en relación con los siguientes temas:

_____HIV/AIDS; _____Otras STD; _____Alcoholismo y drogadicción/dependencia de sustancias químicas;
_____Salud mental

5. Se utilizará o divulgará la información médica protegida con los siguientes fines:

6. Comprendo lo siguiente:

- a) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, puedo informar a Molina Healthcare por escrito o verbalmente. Este derecho no se aplica a las acciones que Molina Healthcare ya tomó debido a esta autorización.

- b) Entiendo que esta autorización es voluntaria y que me puedo negar a firmarla. Si me niego a firmar, esto no afectará mi tratamiento, pago o inscripción ni la posibilidad de recibir mis beneficios.
- c) Sé que es posible que se vuelva a divulgar la PHI que autorizo que una persona o entidad reciba. Sé que las leyes estatales y federales ya no pueden proteger esta PHI. Consulte el “Aviso para los destinatarios de información sobre alcoholismo y drogadicción” a continuación.
- d) Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
7. Esta autorización caduca 90 días después de la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

Esta autorización caduca [el/luego de] _____

Firma del miembro o su
Representante personal

Fecha

Nombre del representante personal, si corresponde (en letra de imprenta): _____

Relación con el miembro: ☐ Padre/madre ☐ Tutor legal* ☐ Titular del poder notarial*

☐ Otro, describa: _____

Descripción de la autoridad del representante personal para actuar en nombre del miembro (en letra de imprenta):

* Adjunte documentación legal si es el tutor legal o el titular del poder notarial para las decisiones de atención médica.

Se entregará una copia de este formulario firmado al miembro, si la autorización la solicitó Molina Healthcare.

AVISO PARA LOS DESTINATARIOS DE INFORMACIÓN SOBRE ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN

Se le divulgó esta información a partir de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR, en inglés], Parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar más información, a menos que se permita expresamente dicha divulgación mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permitido por el Título 42 del CFR, Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar criminalmente a cualquier paciente que abuse de alcohol o drogas.

Aviso de no discriminación

Molina Healthcare of Florida, Inc.



Medicaid

La discriminación es ilegal. Molina Healthcare of Florida, Inc. (Molina) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4585 (TTY: 711).

Si considera que Molina no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Phone: (866) 472-4585 (TTY: 711) | Fax: (877) 508-5738
Email: civil.rights@molinahealthcare.com

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio para Miembros de Molina está disponible para ayudarlo. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web:

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/es-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Demandas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Igualmente, lo puede hacer por correo o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: (800) 368-1019 (TDD: (800) 537-7697)

Los formularios de demanda están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Comunicado de No Discriminación – Artículo 1557

Molina Healthcare of Florida, Inc.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (866) 472-4585 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (866) 472-4585 (TTY: 711).
French Creole (Haitian Creole)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (866) 472-4585 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (866) 472-4585 (TTY: 711).
Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (866) 472-4585 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (866) 472-4585 (TTY: 711)。
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (866) 472-4585 (TTY: 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (866) 472-4585 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (866) 472-4585 (телетайп: 711).
Arabic	تظوملح: اذإ تكذ ركذا ثدحتت غةللا، نإف تامدخ دداعسملا تيوغللا رفاوتت ناجملاب لك. لتصا مقرب (866) 472-4585 (مقر فتاه مصلا مكبلأو: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (866) 472-4585 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (866) 472-4585 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (866) 472-4585 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (866) 472-4585 (TTY: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (866) 472-4585 (TTY: 711).
Thai	เรียน: ถาคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถไ้ขอการช่วยเหลือทางภาษาไดฟรี โทร (866) 472-4585 (TTY: 711).