

# ¿Necesita compartir la información de su salud?

Si alguna persona le ayuda con su atención médica, o le gustaría que alguien lo haga, este formulario puede ser útil. Nos permite compartir la información de su salud con ellos de modo que puedan formar parte de su atención.

## Usted controla quién ve la información de su salud.

Y eso está muy bien. Los detalles sobre salud pueden ser muy personales, y no cualquiera tiene permitido verlos. De hecho, se llama *Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)* porque hay leyes sobre quién puede acceder a esa información.

Su información de salud protegida incluye cosas como afecciones de la salud (físicas y mentales), observaciones de las visitas al consultorio y resultados de pruebas. También incluye detalles sobre su seguro de salud, como su plan, los beneficios, la facturación y los pagos.

Nosotros tenemos esta información porque somos una compañía de atención médica. Y mantenerla segura es algo que tomamos muy en serio.

## ¿Cuándo debería compartir mi información?

Es posible que desee que un miembro de su familia, un amigo o alguna otra persona en quien confía lo ayude con su atención médica. Por ejemplo:

- Desea que su cónyuge llame y verifique una reclamación por usted
- De repente no se siente bien y necesita que un amigo cercano llame y hable con alguna de nuestras enfermeras
- Desea que uno de sus hijos lo ayude a manejar su atención médica y hable con nosotros acerca de su plan y sus beneficios

Antes de que puedan suceder algunas de esas situaciones, necesitamos su APROBACIÓN para compartir su información con esa persona.

## ¿Con quién puedo compartirla?

Con cualquier persona en la que confíe lo suficientemente como para que lo ayude con su atención médica. Tenga en cuenta que no cualquier persona u organización con la que comparta su información tiene que cumplir con las leyes de privacidad. Por eso, algunos pueden compartir su información nuevamente sin consultarle. Para mantenerse protegido, es posible que desee revisar las leyes estatales y federales.

## ¿Qué sucede si cambio de opinión?

Un año después de su último día como miembro de Devoted Health, a menos que elija una fecha diferente en el formulario. Incluso después de firmar este formulario, puede terminarlo en cualquier momento enviando una carta a:

### FLORIDA:

Devoted Health – Enrollment  
PO Box 211157  
Eagan, MN 55121

### PARA OTROS ESTADOS:

Devoted Health – Enrollment  
PO Box 211127  
Eagan, MN 55121

Tenga en cuenta que terminar su consentimiento no afectará la información que ya ha sido compartida.

## ¿Tengo que completar este formulario?

No. Solamente lo necesita si hay una persona u organización con la que quiere que compartamos su información de salud. Si ese no es el caso, puede omitir este formulario. De cualquier manera, no afectará su cobertura.

# Díganos cómo compartir su PHI.

## Sus detalles

Apellido:  Nombre:  I.S.

Fecha de nacimiento:  /  /  ID del miembro:

Dirección:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

## Qué deseo compartir

Elija solo una.

- Toda la información estándar.** Esto incluye, sus afecciones de la salud, los tratamientos, los medicamentos con receta, los detalles de facturación y más. Cubre casi todo.
  - Información limitada.** Díganos qué quiere compartir. Por ejemplo, tal vez solo sea información sobre una afección de salud específica o relativa a un periodo de tiempo específico. O solo cierto tipo de información: como médica, farmacéutica o detalles de facturación.
- 

**Independientemente de la opción que elija, solo podemos compartir ciertos detalles si nos lo informa específicamente. Marque lo que desea que compartamos:**

- Pruebas y registros de tratamiento de SIDA o VIH
- Registros de tratamiento de abuso de alcohol o drogas
- Información genética, como resultados de pruebas genéticas
- Registros de tratamientos de salud mental

**Fecha de terminación.** Este formulario permanece vigente por 1 año después de su último día como miembro de Devoted Health. De lo contrario, ingrese una nueva fecha o evento de terminación aquí. Un evento de terminación puede ser algo como el final de un tratamiento para cierto tipo de afección de salud.

Nombre del miembro:

Fecha de nacimiento:

### Con quién se comparte la información

Representantes legales: Incluya una copia de los documentos que prueben que puede actuar como representante legal del miembro. Por ejemplo, puede enviar un poder legal para asuntos de atención médica, formulario de suplente en atención médica, testamento en vida o documentos de custodia.

Apellido:

Nombre:

I.S.

Nombre de la organización:

Fecha de nacimiento:

 /  / 

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Correo electrónico:

Relación con usted:

- Cónyuge       Padres       Agente/Corredor       Hermano/a  
 Hijo/a       Amigo/a       Otra \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario, acepto que Devoted Health pueda compartir la información elegida con la persona o la organización detallados.**

Firma: (la suya o la de un representante autorizado)

Fecha:

Nombre en letra de imprenta: (la suya o la de su representante autorizado)

### Envíe el formulario completado a:

#### FLORIDA:

##### Correo

Devoted Health – Enrollment  
PO Box 211157  
Eagan, MN 55121

##### Fax

1-833-434-0535

#### PARA OTROS ESTADOS:

##### Correo

Devoted Health – Enrollment  
PO Box 211127  
Eagan, MN 55121

##### Fax

1-877-264-3859