



¿CÓMO COMPLETO EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA (ADHI, por sus siglas en inglés) CORRESPONDIENTE A HIGHMARK?

Sección 1:

1. Identifique quién revelará la información. En la mayoría de los casos, se debe ingresar “**Highmark**” en este campo.
2. Ingrese el nombre completo del individuo cuya información será revelada.
3. Ingrese la fecha de nacimiento del individuo.
4. Ingrese la dirección del individuo.
5. Ingrese el número de teléfono del individuo.
6. Ingrese el Número Exclusivo de Identificación de Miembro (UMI, por sus siglas en inglés) del individuo.
7. Ingrese las fechas de los servicios que se van a incluir. Por ejemplo, si Highmark fuera a revelar registros relacionados con una hospitalización en particular, se deben ingresar las fechas de admisión y de alta. También se puede ingresar un período de tiempo que, de ordinario, no exceda un año. Se pueden ingresar dos períodos de tiempo distintos para rendir cuenta de dos hospitalizaciones, etc.

Sección 2:

Esta sección se tendrá que marcar con poca frecuencia, ya que Highmark no debe tener copias de partes psicoterapéuticos, excepto tal vez en nuestra área HMS. **Observe que si se marca esta casilla, no se debe marcar ninguna de las casillas de la Sección 3.** En el caso de que el formulario ADHI solicite dar a conocer partes psicoterapéuticos, se debe completar por separado otro formulario ADHI de revelación de información médica.

Sección 3:

En esta sección se proporciona una descripción de la información que se dará a conocer. Marque únicamente las casillas que correspondan a la información a ser revelada.

Si se marca “Otro”, se debe ingresar una descripción de la información que se dará a conocer en el renglón que se proporciona.

Si se debe revelar un diagnóstico de carácter “delicado”, se deben marcar las casillas correspondientes en la sección a continuación (por ejemplo: VIH/SIDA, drogas/alcohol, cuidado mental, etc.).

Sección 4:

Ingrese el nombre de la persona o entidad que recibirá la información.

El propósito de revelar la información debe determinar el destino que se le dará a la información, como por ejemplo, una apelación en contra de un reclamo rechazado o litigio, a solicitud del individuo.

Sección 5:

En este campo se debe ingresar “Highmark” o el nombre de la persona o entidad mencionada en la Sección (1), indicando a quién se debe entregar la revocación por escrito. Las revocaciones de Autorizaciones para revelar información médica deben remitirse al área de Customer Service (Atención al cliente) correspondiente que se muestra en el reverso de la tarjeta de identificación de miembro.

Se debe ingresar una circunstancia o fecha de caducidad. Si no se ingresa una fecha o una circunstancia de caducidad, la Autorización caducará un año después de la fecha en que se firmó.

El individuo debe leer el resto de los párrafos de la Sección 5.

La Autorización debe llevar la firma y la fecha proporcionadas por el individuo cuya información se dará a conocer.

Una vez completa, la Autorización deberá enviarse por correo a:

Highmark Inc.
Customer Service
P.O. Box 890035
Camp Hill, PA 17089-0035

AUTHORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

(1) Yo, por la mediante, autorizo a _____ a
(Nombre de la entidad que da la información, ejm.; Highmark Blue Shield u otra entidad)

dar/proporcionar la siguiente información acerca de:

Paciente/Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Número de identificación _____ Teléfono _____

La historia a ser revelada cubre los siguientes periodo(s):

De (fecha) _____ A (fecha) _____

De (fecha) _____ A (fecha) _____

(2) Marque si esta información es acerca de notas psicoterapeutas.

(Si esta autorización es para notas psicoterapeutas, usted no debe usarla como una autorización para ningún otro tipo de información medica protegida)

(3) **Information que debe proporcionarse.** (Por favor marque solo las que se aplican.)

Clase de Historia: (Por favor marque sólo las que se aplican.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Información acerca de facturas | <input type="checkbox"/> Información acerca de pagos |
| <input type="checkbox"/> Información sobre la inscripción | <input type="checkbox"/> Información acerca del cuidado al paciente (Precertificación, 2da Opiniones, Planes de Tratamiento, Coordinación del cuidado del paciente, Manejo del caso etc.) |

Y/O

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información de la Farmacia | <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Completa información de archivo(s) |
| <input type="checkbox"/> Reporte de Consultas | <input type="checkbox"/> Explicaciones de beneficios | <input type="checkbox"/> Informacion los gastos la cuenta |
| <input type="checkbox"/> Reporte de rayos x | <input type="checkbox"/> Historia y exámenes físicos | <input type="checkbox"/> Informacion el sitio web el login |
| <input type="checkbox"/> Indice de salidas | <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____ | | |

Entiendo que esta incluirá información relacionada a (marque si se aplica):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Obtención del Síndrome de Inmunodeficiencia (SIDA) o infección con HIV (Virus Humano de Inmunodeficiencia) | <input type="checkbox"/> Cuidado Mental | <input type="checkbox"/> Tratamientos por alcoholismo/ o abuso de drogas |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente | |

Otro (por favor, especifique) _____

(4) Esta información debe proporcionarse a

(organización, entidad prestadora y/o individual)

por la Entidad que da la información para el propósito de:

(manifieste el propósito)

(5) Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando por escrito mi revocación a:

Comprendo que la revocación de esta autorización no afectará ninguna acción que la Entidad que da la información tomó siguiendo la autorización, antes que recibió mi revocación por escrito. Asimismo comprendo que sin mi autorización por escrito, la entidad que da la información no puede usar o proporcionar mi información medica por ninguna razón excepto aquellos descritos en el Estatuto de reglas de privacidad y prácticas de la Entidad que da la información. A menos que de otra forma sea revocada, esta autorización expirará en el fecha, evento o circunstancia siguiente: **(ponga la fecha, evento o circunstancia — si la fecha, evento o circunstancia no es incluida, esta información expirará a un año de la fecha de la firma del asegurado)**

Comprendo que el autorizar la emisión de información médica es voluntaria y que puedo rechazar el firmar esta autorización.

Comprendo que, si la persona u organización que yo autorizo a recibir y/o usar la información medica protegida que se describe arriba no son planes médicos, proveedores de cuidados médicos cubiertos, o oficinas de compensación de cuidado médico sujetas a las leyes federates de privacidad de información médica, ellos pueden en el futuro proporcionar la información médica protegida y puede ser que no sea luego protegida por las Leyes federates de privacidad de información médica.

Comprendo que la entidad que da la información puede condicionar mi inscripción o elegibilidad para los beneficios con la firma de esta autorización (que no sean notas psicoterapeutas), antes que la entidad que da la información me inscriba, para permitir a la entidad que proporciona la información obtener información médica protegida de otra entidad cubierta para determinar my elegibilidad o inscripción o firma de la entidad que da la información o clasificación de riesgo.

Comprendo que la entidad que proporciona la información puede condicionar pago de una factura por beneficios especificados en mi firma de esta autorización (que no sea por notas psicoterapeutas) para permitir a otras entidades cubiertas el proporcionar información médica protegida a la entidad que da la información para que éste pueda determinar el pago de algtna factura.

La entidad que da la información , sus subsidiarios, afiliados, empleados, oficiales y médicos son por la mediante libres de cualquier responsabilidad legal por la emisión de la información arriba mencionada hasta el punto indicada y autorizada aqui.

Firma (Paciente/Asegurado)

Fecha

Representante personal

(Incluya descripción de la autoridad del representante para actuar por el paciente/asegurado)

Fecha

Usted puede obtener una copia de esta autorización luego de que firme.