

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN O SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Debe completar todos los campos

Instrucciones: Para autorizar el uso y la divulgación de su información privada (PI) en poder de Horizon NJ Health, brinde los datos a continuación, firme en el espacio provisto y envíe el formulario a: Horizon NJ Health, Attn: HIPAA Team, 1700 American Boulevard, Pennington, NJ 08534, 800-682-9094 o fax (609) 538-1574.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre (Suscriptor Dependiente): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

Nombre del suscriptor _____ N.º de identificación del miembro de Horizon NJ Health _____

Dirección (que figura en los registros): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

SECCIÓN B: DESCRIPCIÓN DE LA DIVULGACIÓN

1. Identifique las fechas de servicio para las que busca los registros: De ____/____/____ A ____/____/____
MM DD AAAA MM DD AAAA

2. Marque las opciones correspondientes o especifique otra información que se puede divulgar: _____

Médica

- Registros de pago de reclamaciones
- Registros de administración de casos
- Registros de administración de utilización (p. ej., registros de solicitud de autorización, registros de solicitud de apelaciones)

Salud mental/Abuso de sustancias

- Registros de pago de reclamaciones
- NOTA: Para los registros de administración de casos o los registros de administración de utilización (p. ej., registros de solicitud de autorización, registros de solicitud de apelaciones), debe comunicarse con su proveedor de salud mental o de abuso de sustancias.

3. Finalidad de la divulgación: _____

4. Destinatario de la información: (yo tercero; Si es un tercero, incluya nombre, dirección y número de teléfono): _____

SECCIÓN C: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Entiendo que Horizon NJ Health, sus empresas afiliadas y socios comerciales necesitan una autorización específica para divulgar mi información de salud protegida relacionada con el artículo que se indica a continuación. Al poner mis iniciales, autorizo que se divulgue la información pertinente a mi caso.

Iniciales vencimiento

_____ VIH/SIDA

Fecha de

____/____/____

SECCIÓN D: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN SOLICITADA

Mi información de salud protegida es específicamente sobre mí, incluido mi nombre y dirección o información médica. La información se usó o creó cuando recibí atención médica o cuando se recibió el pago por mi atención médica. La información puede incluir datos sobre mi salud o condición física o mental tanto pasada, presente como futura.

Entiendo que si las personas u organizaciones que autorizo a recibir o utilizar la información de salud protegida descrita anteriormente no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información médica, pueden divulgar más información de salud protegida y es posible que tal información ya no siga protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica.

Autorizo a Horizon NJ Health, sus empresas afiliadas y socios comerciales a divulgar la información de salud protegida de la persona mencionada anteriormente. Entiendo que autorizar la divulgación de la "información de salud protegida" no es una condición para inscribirme en Horizon NJ Health, ni para recibir beneficios ni el pago de las reclamaciones. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al notificárselo a Horizon NJ Health por escrito. Sin embargo, esto no afectará ninguna medida tomada por parte de Horizon NJ Health o sus empresas afiliadas y socios comerciales antes de recibir el aviso de revocación.

Esta autorización permanecerá en pleno vigor y efecto hasta ____/____/____ o cuando ocurra el siguiente evento:
MM DD AAAA

 Firma del Miembro O Representante personal*

Fecha: ____/____/____
MM DD AAAA

Nombre en letra de molde

* Marque una opción. Si el solicitante no es el miembro, el solicitante debe firmar el formulario y adjuntar la documentación que muestre que tiene la autorización para actuar en nombre del miembro, a menos que el solicitante ya sea un representante personal establecido de Horizon NJ Health con autoridad total.

Instrucciones generales: Debe completar todos los campos, a menos que se especifique lo contrario.

Se debe completar este formulario para permitir que Horizon NJ Health divulgue información de salud protegida sobre uno de sus miembros a un tercero. Tenga en cuenta que, por lo general, Horizon NJ Health no retiene información de salud protegida por más de siete (7) años, excepto los registros relacionados con Medicare, que se conservan durante un período de diez (10) años. Se deben completar todos los campos, a menos que se especifique lo contrario. Todos los documentos legales requeridos se someterán a un proceso de validación. Se requiere un formulario y documentación separados para cada miembro y para cada destinatario si es más de uno. Si usted es el representante legal autorizado, puede realizar esta solicitud y firmar el formulario en la sección inferior en nombre del miembro.

Sección A: Información del miembro

En esta sección se solicita información relacionada con el miembro cuya información de salud protegida se solicita para fines de divulgación. *Marque el campo del nombre para indicar si usted es el suscriptor o el dependiente.* En el campo del nombre del suscriptor, escriba el nombre del titular de la póliza. El titular de la póliza es la persona que tiene la póliza de seguro con Horizon NJ Health.

Dado que la información de esta sección se utiliza con fines de verificación, los datos deben coincidir con la información más actualizada en los registros de Horizon NJ Health. Tenga en cuenta que este formulario puede ser rechazado si la información que incluye no coincide con la información de nuestros sistemas.

Sección B: Descripción de la información para divulgación

Horizon NJ Health utilizará la información solicitada en esta sección para identificar la información de salud protegida específica para su divulgación.

En esta sección, el miembro o solicitante identificará la información cuya divulgación desea autorizar. Horizon NJ Health brindará información de acuerdo con nuestra política de Administración de Registros. Por lo general, Horizon NJ Health no retiene información de salud protegida por más de siete (7) años, excepto los registros relacionados con Medicare, que se conservan durante un período de diez (10) años.

Se pueden hacer varias selecciones en las columnas "Médica" o "Salud Mental", así como brindar una descripción de la información solicitada, o ambas.

1. *Fechas de servicio de los registros.* Identifique las fechas de servicio para las que busca estos registros. Establezca el rango de fechas de servicio para el que autoriza a Horizon NJ Health a divulgar la información. Si no se especifica un rango de fechas,

se utilizará un período de 18 meses a partir de la fecha en que se recibió este formulario.

2. *Descripción de la información que se divulgará.* Marque las casillas correspondientes para la divulgación. Si solicita la divulgación de otra información que no esté incluida como opción en las casillas, describa en detalle la información que desea que Horizon NJ Health divulgue. Puede escribir "Ver descripción adjunta" y adjuntar una hoja por separado si es necesario.
3. *Finalidad de la divulgación.* Incluya una explicación del motivo por el que desea que Horizon NJ Health divulgue la información descrita. Nota: Puede escribir "Ver descripción adjunta" y adjuntar una hoja por separado si es necesario.
4. *Destinatario de la información.* Identifique la entidad, persona o clases de personas autorizadas para recibir la información solicitada para fines de divulgación. Debe brindar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona o entidad que recibe la información.

Sección C: Divulgación de información confidencial

1. Debe completar esta sección solo si solicita a Horizon NJ Health divulgar información incluida en la categoría facilitada. Debe poner sus iniciales en el lado izquierdo de la categoría para fines de divulgación y brindar una fecha de vencimiento.
2. Este formulario no se puede utilizar para solicitar la divulgación de registros de administración de casos de salud mental o abuso de sustancias, o registros de administración de utilización. Para los registros de administración de casos o los registros de administración de utilización (p. ej., registros de solicitud de autorización, registros de solicitud de

apelaciones) debe comunicarse con su proveedor de salud mental o proveedor de abuso de sustancias.

Sección C- Autorización para la solicitud solicitada

Debe brindar una fecha de vencimiento o un evento (p. ej., el final del litigio, la conclusión de la demanda, etc.) en que el formulario ya no será válido. Si esta información falta o se

omite en el formulario, la solicitud no se considerará válida y se rechazará.

Envíe por correo este formulario a la siguiente dirección:

Horizon NJ Health
Attn: HIPAA Team
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534

O envíelo por fax a: (609) 538-1574

HNJH_HIPAA_Team@horizonblue.com