

## HIPAA / FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

### Datos del paciente

Nombre del paciente (nombre, segundo nombre, apellido):  Fecha de nacimiento:   
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal):  ID de grupo #:   
 SS #:   
Teléfono #:  Correo electrónico:

### Tutor o representante legal (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre del tutor o representante legal (nombre, segundo nombre, apellido):   
Dirección y teléfono:

### Divulgación de la PHI

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de información médica protegida sobre mí por parte de The Kempton Group Administrators, Inc. / The Kempton Company.

La siguiente persona (o clase de personas) puede recibir la divulgación de información sanitaria protegida sobre mí:

La información específica que debe divulgarse (Describa de forma específica y significativa la información sanitaria protegida que esta autorización permitirá utilizar y/o divulgar):

Autorizo la divulgación de:

Información sobre salud mental:  S  N Notas de psicoterapia:  S  N Información sobre alcoholismo y drogadicción  S  N

Por favor, lea lo siguiente - Sin condiciones: Esta autorización es voluntaria. El Plan no condicionará su inscripción en un plan de salud o su elegibilidad para recibir beneficios a la recepción de esta autorización. Efecto de otorgar esta Autorización: La información de salud protegida descrita puede ser divulgada y/o recibida por personas u organizaciones que no están sujetas a las leyes federales de privacidad de la información de salud. Estas personas u organizaciones podrán divulgar posteriormente la información médica protegida, y es posible que deje de estar protegida por las leyes federales de privacidad de la información médica.

### Persona/Organización que divulgará la información

Persona/Organización que divulgará la información: The Kempton Group Administrators, Inc. / The Kempton Company, Administrador de Advantage Health Plans Trust  
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal): 13431 Broadway Ext., Suite 130, Oklahoma City, OK 73114 (800) 324-9396

### Expiración y/o revocación

Esta autorización DEBE tener una fecha de caducidad o evento indicado por la ley federal.

- Esta autorización expirará el
- La presente autorización expirará en o después de que se produzca el siguiente hecho (que debe estar relacionado con la persona o con la finalidad de la utilización y/o divulgación que se autoriza):

### Derecho de revocación:

Puede revocar esta autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a la persona de contacto que se indica a continuación. La revocación de esta autorización no afectará a ninguna acción emprendida por el Plan antes de que hayamos recibido su revocación por escrito.

The Kempton Group Administrators, Inc. / The Kempton Company, Administrador of Advantage Health Plans Trust  
13431 Broadway Extension, Suite 130, Oklahoma City, OK 73114 Ph: (800) 324-9396 / Correo electrónico: customerservice@kemptongroup.com

### Firma

Yo, el abajo firmante, he tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Entiendo, que al firmar este formulario, estoy confirmando cualquier autorización para el uso y/o divulgación de mi información de salud protegida, como se describe en este formulario.

Nombre impreso del paciente Firma del paciente o de su representante Fecha

Si esta autorización está firmada por un representante personal en nombre de la persona, rellene lo siguiente:

Nombre del representante personal Relación con el individuo

Al solicitar información médica para revisión clínica, respetaremos las directrices de privacidad y confidencialidad definidas en la normativa HIPAA. TIENE DERECHO A UNA

COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE FIRMARLA. Incluya esta autorización en el expediente de la persona. Envíe una copia al responsable de privacidad.

Envíe este formulario a The Kempton Group Administrators, Inc. / The Kempton Company, Administrador of Advantage Health Plans Trust  
Correo electrónico: customerservice@kemptongroup.com / Fax: (405) 608-5098  
Dirección postal: 13431 Broadway Extension, Suite 130, Oklahoma City, OK 73114

## Instrucciones para el formulario de divulgación HIPAA / PHI

Las instrucciones que figuran a continuación le ayudarán a cumplimentar el formulario de divulgación HIPAA / PHI.

**Nota:** Este formulario debe ser rellenado y firmado por el **paciente**, a menos que éste sea menor de 18 años.

---

### 1) Datos del paciente

- a) En esta sección, facilite los datos solicitados.
- b) **Debe incluirse** el nombre legal completo, la fecha de nacimiento, la dirección, el número de la seguridad social y el número de teléfono.

### 2) Tutor o representante legal

- a) Si el paciente es menor de 18 años, por favor anote la información del Tutor o Representante Legal en esta sección, de lo contrario, **deje en blanco**.

### 3) Instrucciones para la divulgación de PHI

- a) En este apartado del formulario se indica quién divulga la PHI y quién la recibe. **Esta sección debe rellenarse y no puede dejarse en blanco.**
  - i) Casillas de verificación
    - (1) **Común:** Marque la primera casilla si desea que The Kempton Company (Administrador de Advantage Health Plans) pueda hablar con otra persona (por ejemplo, su cónyuge, padre o madre, defensor médico).
    - (2) **Raro:** Marque la segunda casilla si utiliza este formulario para autorizar a otra persona a hablar con nosotros.
  - ii) Pregunta 1 - escriba el nombre de la persona/empresa que debe recibir su información.
    - (1) **Común:** Si desea que podamos hablar con alguien, indique aquí su nombre (*ejemplo: su cónyuge, sus padres, su defensor médico*).
    - (2) **Raro:** Si desea que otra persona hable con nosotros, indique The Kempton Company.
  - iii) Pregunta 2: **la ley le exige** que indique exactamente qué tipo de información sanitaria protegida (PHI) desea que se comparta.
    - (a) Por ejemplo, un paciente puede optar por escribir algo similar a *toda la información médica, sólo la información relativa a mi operación de rodilla, etc.*
  - iv) Pregunta 3: **la ley le obliga** a indicar si debe divulgarse la información sobre salud mental. Debe elegir S o N aunque esta pregunta no sea aplicable, se requiere una respuesta.
  - v) Pregunta 4: **la ley le obliga** a indicar si la psicoterapia cubierta debe divulgarse. Debe elegir S o N aunque esta pregunta no sea aplicable, se requiere una respuesta.
  - vi) Pregunta 5: **la ley le exige** que indique si se debe divulgar información sobre el abuso de alcohol o sustancias y/o notas de psicoterapia. Debe elegir S o N aunque esta pregunta no sea aplicable, se requiere una respuesta.

#### **4) Persona/Organización que divulgará la información**

- a) Rellene los datos de quién desea que pueda divulgar su información.
  - i) Esta información está precumplimentada para su comodidad.

#### **5) Expiración y/o revocación**

- a) DEBE incluir una fecha de caducidad o un evento indicado por la ley federal.
  - i) Puede indicar cualquier fecha futura en la que desee que expire la autorización.
  - ii) Puede inscribir un acontecimiento.
    - (1) Por ejemplo, un paciente puede optar por escribir algo similar a: *"cuando deje de estar inscrito en el plan de salud"*.
- b) Si desea revocar la autorización en una fecha concreta o durante un plazo determinado, indíquelo aquí.

#### **6) Firma**

- a) Firmar y fechar el formulario a menos que sea menor de 18 años.
- b) Si el paciente es menor de 18 años, el tutor o representante legal debe rellenar Nombre del representante personal y Relación con el paciente.

#### **¿Preguntas?**

Si tiene alguna pregunta o duda, llame al equipo de Kempton Care Advocate al (800) 324-9396. Estarán encantados de ayudarle con cualquier información adicional que necesite.