

**Consentimiento para divulgar información confidencial
a fin de coordinar servicios de atención**



| | |
|--|---|
| Nombre del afiliado/a: | Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ |
| N.º de identificación (ID) del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS): | ID del CIS: |
| Dirección del afiliado/a: | |

En virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), una agencia o un proveedor de atención médica puede utilizar y compartir la mayoría de su información de salud para brindarle tratamiento, recibir pagos por la atención que le brinde y gestionar y coordinar su atención. Sin embargo, se necesita su consentimiento para compartir determinados tipos de información de salud. Este formulario le permite proporcionar consentimiento para compartir información acerca de (1) servicios y remisiones de salud mental y del comportamiento y de (2) tratamiento para el trastorno por uso de sustancias o de alcohol. Esta información solo se compartirá para ayudar a diagnosticar, tratar, gestionar y recibir pagos por sus necesidades de atención médica. Puede dar su consentimiento para divulgar toda la información o solo parte de ella.

I. Quién puede divulgar y recibir su información

Autorizo a todos los programas para tratar trastornos por uso de drogas y alcohol, a las agencias o proveedores de salud mental y a los proveedores de atención médica que me han brindado tratamiento a que divulguen a **Ambetter from Arizona Complete Health** y a las siguientes entidades la información especificada en la sección II. Asimismo, autorizo a **Arizona Complete Health** y a las siguientes entidades a comunicarse entre ellas y compartirse la información especificada en la sección II. La finalidad de estas divulgaciones es ayudar a coordinar la atención, así como diagnosticar, tratar, gestionar y recibir pagos por mis necesidades de atención médica. *(Escriba sus iniciales en las entidades que correspondan).*

- Todas las entidades incluidas en **Ambetter from Arizona Complete Health**.
- Los programas para tratar trastornos por uso de drogas y alcohol, las agencias o proveedores de salud mental y los proveedores de atención médica que se indican a continuación *(escriba los nombres específicos abajo)*:
1. Nombres de los programas para tratar trastornos por uso de drogas o alcohol: _____
 2. Nombres de proveedores de salud mental: _____
 3. Nombres de proveedores de atención médica: _____
 4. Nombres de proveedores de viviendas de apoyo: _____
 5. Otro: _____

II. Información para divulgar (seleccione todas las categorías que correspondan):

- Toda mi información sobre tratamientos de salud mental y de trastornos por uso de drogas y alcohol.
- Toda mi información sobre tratamientos de salud mental y de trastornos por uso de drogas y alcohol, excepto: *(mencione los tipos de información de salud que no desea compartir)* _____

III. Acuse de recibo

1. **Consentimiento voluntario.** La firma de este consentimiento es voluntaria. Entiendo que no se me rechazará ningún servicio si me niego a firmar.
2. **Divulgación de información ya compartida.** El receptor de la información sobre los tratamientos para trastornos por uso de drogas y alcohol tiene prohibido volver a divulgar la información sin mi autorización, a menos que se lo permita este consentimiento o la legislación federal o estatal. *Consulte la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR).* Los registros sobre los servicios de salud mental que recibo están protegidos por la ley estatal.
3. **Revocación.** Tengo el derecho de revocar esta autorización, a menos que ya se hayan tomado medidas basadas en ella. Debo enviar la revocación por escrito a la siguiente dirección:

Ambetter from Arizona Complete Health, 333 E. Wetmore Rd, Tucson, Arizona, 85705 CC: Member Services.

4. **Fecha de expiración.** Este consentimiento expira en la primera de las siguientes fechas: (1) la fecha en la que revoque el consentimiento; (2) la fecha en la que ya no sea afiliado/a Ambetter from Arizona Complete Health; o (3) en el evento o la fecha especificado a continuación: _____
5. **Copia del consentimiento.** Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

s

Firma (del/de la afiliado/a o representante autorizado*).

____ / ____ / ____
Fecha

**Si lo firma otra persona que no sea el/la afiliado/a, especifique su autoridad para firmar y proporcione documentos de respaldo.*

Fecha de entrada en vigor: 05/31/2024