



Formulario de permiso para compartir información (PSI)

Use este formulario si quiere que Ultimate Health Plans comparta la información que tenemos sobre usted con otra persona u organización, como un familiar, amigo u otro familiar, alguien que ayude a cuidarlo o un trabajador social o grupo de defensoría de atención médica. Este formulario también se puede usar para permitir que la persona especificada haga cambios en la cuenta que tiene con Ultimate Health Plans.

Importante: Complete todas las secciones y escriba claramente en letra de molde.

Sección 1: Nombre del miembro e información de contacto

Se autoriza a Ultimate Health Plans y sus representantes a compartir la información mencionada en la **Sección 2** sobre y, si procede, hagan cambios en la cuenta de Ultimate Health Plans de:

Apellido del miembro:	Primer nombre del miembro:	ID del miembro:
-----------------------	----------------------------	-----------------

Sección 2: ¿Qué información quiere que se comparta?

Autorizo a Ultimate Health Plans para que comparta la información abajo con la persona u organización mencionada en la **Sección 3**. Marque las casillas que correspondan.

- Información sobre mi expediente de membresía, incluyendo la información sobre elegibilidad, gastos compartidos y acceso a los beneficios
- Información sobre reclamos a partir de _____ (mes/año) hasta _____ (mes/año)
- Mi información médica protegida (PHI), según se describe abajo. Describa la información PHI que se revelará (puede mencionar “cualquiera y toda” o presentar información específica como proveedores, fechas de tratamiento o tipo de servicio que quiere revelar):

Los tipos especiales de información médica tienen leyes y normas específicas que se deben cumplir antes de poder revelarla. Los tipos especiales de información médica que se describen abajo están protegidos por las leyes federales y estatales y no se pueden revelar sin su autorización por escrito, a menos que la ley permita lo contrario. La revelación de este tipo de información no está permitida excepto para cumplir las leyes federales y estatales o con su autorización por escrito. Lea abajo y marque las casillas correspondientes si está incluyendo el permiso para que compartamos cualquiera de los siguientes tipos especiales de información médica:

- VIH y Enfermedades de transmisión sexual (STD): Para revelar información sobre VIH o STD, esta autorización debe incluir una declaración en la **Sección 2** de la información específica sobre VIH o STD que está autorizando revelar.
- Tratamiento de alcohol y drogas: Para revelar información sobre el tratamiento de alcohol y drogas, esta autorización debe incluir una declaración en la **Sección 2** de la información específica que está autorizando revelar, como “evaluación, plan de tratamiento, asistencia, plan de alta”.
- Tratamiento de salud mental: Para revelar información sobre el tratamiento de salud mental, esta autorización debe incluir una declaración en la **Sección 2** de la información específica que está autorizando revelar, como “evaluación, plan de tratamiento, asistencia, plan de alta”. **También, la revelación de las notas del terapeuta (notas de psicoterapia o notas de proceso) necesita una autorización separada. Para revelar solo las notas de psicoterapia, marque la casilla PHI arriba y especifique las notas de psicoterapia que nos autoriza compartir. No marque ninguna otra casilla o tendrá que completar otra solicitud solo para notas de psicoterapia.**

Sección 3: ¿Con quién quiere que compartamos su información?

Mencione el nombre de SOLO UNA persona u organización en esta sección. Debe completar otro formulario PSI si quiere nombrar a más de una persona u organización. Ultimate Health Plans puede compartir la información mencionada en la **Sección 2** con:

Nombre de la persona u organización:

Para (nombre de la persona de la organización a la que se debe enviar el correo):

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono: ()

Sección 4: Permiso para cambiar su cuenta con Ultimate Health Plans

Díganos si quiere que la persona u organización mencionada en la **Sección 3** haga **cambios** en la información de su cuenta con Ultimate Health Plans.

Autorizo a Ultimate Health Plans para que la persona u organización mencionada en la **Sección 3** haga cambios en la información de mi cuenta con Ultimate Health Plans. Marque las casillas que correspondan.

- Registro de membresía: teléfono, dirección de correo electrónico, preferencia de idioma, preferencia del formato de material, dirección postal
- Cesión de médico de atención primaria
- La información de mi cuenta según se describe abajo. Describa la información de la cuenta que quiere modificar (puede mencionar "cualquiera y toda" o presentar información específica como solo al teléfono). **Tenga en cuenta que las Direcciones permanentes solo pueden ser modificadas por los representantes legales, como los que tienen poderes notariales:**

Sección 5: ¿Por qué quiere que compartamos su información?

Díganos por qué quiere que compartamos la información mencionada en la **Sección 2**. Si deja esta sección en blanco, supondremos que quiere decir "a petición mía".

Sección 6: Fin del permiso

PSI finalizará 24 meses después de la fecha de su firma, a menos que especifique aquí una fecha de finalización: _____

Sección 7: Su firma

Entiendo lo siguiente:

- Cuando la persona u organización mencionada en la **Sección 3** recibe esta información de Ultimate Health Plans, dicha persona u organización puede compartirla con otros sin mi permiso. Si lo hacen, es posible que las leyes de privacidad federales y estatales no protejan la información.
- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento enviando una carta a Ultimate Health Plans Privacy Officer: PO Box 3459, Spring Hill, FL 34611. Si cancelo este permiso, Ultimate Health Plans no podrá recuperar ninguna información que compartió, cuando tenía mi permiso para hacerlo.
- Si no doy permiso a Ultimate Health Plans para que comparta información o permita que una persona específica haga cambios en mi cuenta o si cancelo mi permiso para compartir información o la capacidad de la persona u organización mencionada en la **Sección 3** para hacer cambios en mi cuenta, mis beneficios de Ultimate Health Plans no se verán afectados de ninguna manera.
- En ciertas circunstancias, es posible que Ultimate Health Plans no acepte mi solicitud de compartir información.

Nombre del miembro en letra de molde:

Firma del miembro
o Representante autorizado:

Fecha:

Nombre en letra de molde del representante autorizado si este formulario lo está completando y firmando alguien que designó el beneficiario o que tiene un poder notarial o un poder de atención médica: