

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, un amigo u otro pariente; alguien que lo cuide; o un trabajador social o grupo de defensa de la atención médica.
- **Importante:** Complete todas las secciones en su totalidad y escriba en letra de molde clara.

Sección 1: Nombre e información de contacto

Se da permiso para que Ultimate Health Plans y sus representantes compartan información mencionada en la **Sección 2** sobre:

Apellido:	Nombre:	Identificación de miembro:
-----------	---------	----------------------------

Sección 2: ¿Qué información quiere compartir?

Doy permiso a Ultimate Health Plans para compartir la información de abajo con la persona u organización mencionada en la **Sección 3**. Marque la casilla o casillas que correspondan.

- Información sobre mi registro de membresía, incluyendo información sobre elegibilidad, costos compartidos y acceso a beneficios
- Información de reclamos desde _____ (mes/año) hasta _____ (mes/año)
- Mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI) como se describe abajo. Describa en detalle la PHI que se revelará (puede indicar “todos y cada uno” o dar información específica como los proveedores, las fechas de tratamiento o el tipo de servicio que quiere revelar:

Los tipos especiales de información médica tienen leyes y reglas específicas que deben seguirse antes de que pueda revelarse. Los tipos especiales de información médica descritos abajo están protegidos por las leyes federales y estatales y no pueden revelarse sin su autorización por escrito, a menos que la ley lo permita. La revelación de este tipo de información no está permitida, excepto en cumplimiento de las leyes federales y estatales o con su permiso por escrito. Lea abajo y marque la casilla o casillas que correspondan si está incluyendo el permiso para que compartamos cualquiera de los siguientes tipos especiales de información médica:

- VIH y enfermedades de transmisión sexual (ETS): Para revelar información sobre VIH o ETS, esta autorización debe incluir una declaración en la Sección 2 de la información específica sobre VIH o ETS que usted autoriza a revelar.
- Tratamiento de alcohol y drogas: Para revelar información sobre el tratamiento del alcohol y las drogas, esta autorización debe incluir una declaración en la Sección 2 de la información específica que usted autoriza a 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 usted autoriza a revelar, como “evaluación, plan de tratamiento, asistencia, plan de alta”. **Además, la revelación de las notas de su terapeuta (notas de psicoterapia o de proceso) necesita un permiso por separado. Para revelar solo notas de psicoterapia, marque la casilla PHI arriba y especifique las notas de psicoterapia que nos da permiso para compartir. No marque ningún otro elemento o deberá completar otra solicitud solo de notas de psicoterapia.**

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

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

Nombre de la persona u organización:

A cargo de (nombre de la persona de la organización a quien se enviará el correo):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono: ()

Sección 4: ¿Por qué quiere que compartamos su información?

Díganos por qué quiere compartir la información que figura en la **Sección 2**. Si deja esta sección en blanco, asumiremos que quiere decir "a petición mía".

Sección 5: Fin de permiso

La PSI finalizará en 24 meses a menos que especifique una fecha de finalización aquí: _____

Sección 6: Su firma

Entiendo que:

- Cuando la persona u organización nombrada en la **Sección 3** obtiene esta información de Ultimate Health Plans, esa persona u organización puede compartirla con otros sin mi permiso. Si lo hace, las leyes de privacidad federales y estatales pueden no proteger la información.
- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento enviando una carta al Oficial de Privacidad de Ultimate Health Plans: 1244 Mariner Boulevard, Spring Hill, FL 34609. Si cancelo este permiso, Ultimate Health Plans no puede quitar la información que compartió cuando tenía mi permiso para hacerlo.
- Si no doy permiso a Ultimate Health Plans para compartir información, o si cancelo mi permiso para compartir información con la persona u organización nombrada en la **Sección 3**, mis beneficios de Ultimate Health Plans no se verán afectados de ninguna manera.
- En ciertas circunstancias, Ultimate Health Plans puede no cumplir mi solicitud de compartir información.

Nombre del miembro en letra de molde:

Firma del miembro

o del representante legal autorizado:

Fecha:

Nombre en letra de molde del representante autorizado si este formulario está siendo completado y firmado por alguien que ha sido designado por el beneficiario o que tiene poder notarial o poder de atención médica:

Dónde enviar este formulario:

Ultimate Health Plans Privacy Officer
1244 Mariner Boulevard
Spring Hill, FL 34609