SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

SAN FRANCISCO HEALTH AUTHORITY FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y DIVULGACIÓN ESTÁNDAR

San Francisco Health Plan (SFHP) mantiene su información de salud segura y privada.

Las leyes federales requieren que San Francisco Health Plan (SFHP) proteja la privacidad de la información que lo identifica y que se relaciona con sus condiciones y salud mental y física pasadas, presentes y futuras ("información médica protegida").

Completar este formulario autoriza el uso/divulgación de información médica protegida, como se establece a continuación, conforme a la ley federal y a la de California; respecto a la privacidad de dicha información.

Llene este formulario para permitir que SFHP comparta su información. **Debe completar todo lo de este formulario.** Si no completa todo, SFHP no puede compartir su información.

- No es necesario que firme este formulario.
- Puede cambiar de opinión después de firmar este formulario y revocar su autorización.
- Si desea dejar de compartir su información de salud, usted o su representante deben enviar una carta a SFHP. La carta debe ser por escrito, debe tener su nombre y su firma o representante autorizado. La carta debe indicar que usted no desea compartir su información de salud.
- Envíe la carta a:

  San Francisco Health Plan
  To: Compliance Officer
  P.O. Box 194247
  San Francisco, CA 94119

- Su revocación entrará en vigor una vez que SFHP reciba su solicitud de revocación de la manera descrita anteriormente. La revocación no estará vigente en la medida en que SFHP u otros han actuado en base a esta autorización después de la fecha de vigencia de la autorización y antes de la fecha de revocación.
- Puede solicitar una copia de este formulario. Si desea una copia de este formulario, debe enviar una carta a SFHP.
- Ni el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener beneficios estarán condicionados a que proporcione o se niegue a proporcionar esta autorización.
- La información divulgada como consecuencia de esta autorización podría ser a su vez divulgada por el receptor y podría ya no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad. Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que reciba su información médica protegida, haga futuras divulgaciones de la misma, a menos que se obtenga otra autorización para tal divulgación de su parte o a menos que la ley solicite o permita específicamente tal divulgación.
- SFHP no compartirá su información médica sobre servicios delicados con nadie sin su autorización por escrito.
- Usted no necesita el permiso de otra persona para obtener servicios delicados o para presentar una solicitud de servicios delicados si tiene derecho a dar su consentimiento. Es posible que deba tener cierta edad o tener la capacidad suficiente para dar su consentimiento, según el tipo de servicios delicados.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

- Los servicios delicados pueden ser para la salud mental o conductual, la salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual (incluyendo HIV y AIDS), problemas de alcohol o drogas, atención para personas transgénero y violencia de mi familia o pareja.

- Puede inspeccionar u obtener una copia de la información médica protegida que será utilizada o divulgada bajo esta autorización, con la solicitud por escrito a SFHP.
- La Evidencia de Cobertura de SFHP divulga los términos y condiciones de la cobertura.
- Al firmar este formulario, usted está de acuerdo con esta autorización y representa que entiende que esta autorización seguirá siendo válida durante el tiempo que esté inscrito en SFHP, con las excepciones indicadas en este formulario, como la fecha de vencimiento y su derecho a revocar la autorización en cualquier momento.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorizo el uso/divulgación de mi información médica protegida de la siguiente manera:

Nombre de a quién autorizará para compartir su información médica:

San Francisco Health Authority d/b/a San Francisco Health Plan

Nombre de la persona/organización autorizada a recibir su información médica protegida:

_____

Motivo por el que desea compartir su información: _____

_____

LO QUE SAN FRANCISCO HEALTH PLAN PUEDE COMPARTIR

Autorizo que San Francisco Health Plan comparta la siguiente información (marque solo UNA casilla).

☐ Acepto compartir toda mi información de salud.

Esto incluye, pero no se limita a, la salud, un diagnóstico (nombre de la enfermedad o afección), reclamos, médicos y proveedores de atención médica e información financiera. Esto **no incluye información sensible (privada)** a menos que **las casillas estén marcadas abajo.**

O BIEN

☐ Acepto compartir solo algo de mi información de salud. (Marque TODAS las casillas que apliquen).

- ☐ Quejas y apelaciones (quejas legales que hago por escrito)
- ☐ Beneficios y cobertura
- ☐ Facturación

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

- ☐ Reclamos y pago
- ☐ Diagnóstico (nombre de la enfermedad o afección) y procedimiento (tratamiento)
- ☐ Elegibilidad e inscripción
- ☐ Información financiera
- ☐ Registros médicos
- ☐ Médico y Hospital
- ☐ Autorización previa (aprobaciones de tratamiento)
- ☐ Derivaciones
- ☐ Tratamiento
- ☐ Farmacia
- ☐ Otro: _____

También autorizo a San Francisco Health Plan a compartir la información privada que se indica a continuación. (Marque TODAS las casillas con las que esté de acuerdo).

☐ Toda la información delicada (privada)

O BIEN

☐ Solo información sobre los temas que se indican a continuación:

- ☐ Aborto (finalización del embarazo)
- ☐ Abuso (sexual/físico/mental)
- ☐ Problemas de alcohol o drogas
- ☐ Salud conductual
- ☐ Atención para personas transgénero
- ☐ Pruebas genéticas
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Maternidad (embarazo)
- ☐ Salud mental
- ☐ Enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Otro: _____

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

FECHA DE INICIO Y FINALIZACIÓN DE ESTE FORMULARIO

(Escriba "N/C" si no desea que este formulario termine en una fecha determinada).

Puede finalizar el acuerdo detallado en esta autorización y divulgación estándar en cualquier momento.

El acuerdo en este formulario comienza el _____ y terminará el _____

FIRMA DEL MIEMBRO O REPRESENTANTE PERSONAL

Firma: _____

Fecha: _____Hora: _____ AM/PM

Si firma una persona distinta del miembro, indique el nombre y la relación legal con el miembro.

_____

Después de firmar este formulario, guarde una copia para usted.

Envíe el formulario por correo o fax a:
San Francisco Health Plan
Attn: Compliance Officer
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119
Fax: 1(415) 547-7825

El California Department of Managed Health Care se encarga de regular los planes de los servicios de atención médica. Si desea presentar un reclamo por su plan de salud, primero debe comunicarse telefónicamente con su plan de salud al (**1-415-547-7800**) o (**1-800-288-5555**) y usar el proceso de reclamos de su plan de salud antes de contactarse con el Departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no prohíbe ningún derecho legal o recurso que pudiera estar disponible para usted. Si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no haya resuelto satisfactoriamente o un reclamo que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para solicitar asistencia. También puede ser elegible para una Revisión médica independiente (IMR). Si usted es elegible para una IMR, el proceso de IMR le ofrecerá una revisión imparcial de las decisiones médicas que tomó un plan de salud con relación a la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son experimentales o de investigación y disputas de pago de servicios médicos de emergencia o urgentes. El Departamento también cuenta con una línea de teléfono gratuita (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con deficiencia auditiva o del habla. El sitio web del Departamento **www.dmhc.ca.gov** tiene formularios de reclamos, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

SAN FRANCISCO HEALTH PLAN
Here for you

La “Oficina del Ombudsman” de Atención Administrada de Medi-Cal del estado puede ayudarlo si tiene alguna pregunta. Puede llamarlos al **1(888) 452-8609.** El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00am a 5:00pm PST, excepto los días festivos.

También puede obtener ayuda de su médico o llamar al Departamento de Servicio al Cliente de SFHP al **1(415) 547-7800**, **1(800) 288-5555** (llamada gratuita) o TTY **1(888) 883-7347.** Nuestro horario de atención es de 8:30am a 5:30pm, de lunes a viernes.