

1. COORDINACIÓN DE ATENCIÓN DE CAREFIRST

Para ayudarlo a administrar su atención, es fundamental que usted y sus proveedores de atención médica tengan un panorama completo de los riesgos de salud existentes y posibles a fin de trabajar en conjunto para obtener mejores resultados médicos. Esto comienza con una fluida comunicación entre usted, su proveedor de atención médica y CareFirst.

Para fomentar y mejorar esa comunicación, CareFirst ha creado un Registro Médico de Afiliados (MHR, por sus siglas en inglés) seguro y confidencial para que lo utilicen los proveedores de atención médica como fuente común de su información médica mientras participa en el programa de Coordinación de Atención de CareFirst y los programas clínicos relacionados. Al elegir participar con su proveedor en el programa de Coordinación de Atención de CareFirst y otros programas clínicos de respaldo, usted facilita esta comunicación y le permite a su equipo de atención médica (incluso el proveedor de atención primaria y otros proveedores y profesionales de atención médica que le prestan servicios) y a CareFirst ver la información que contiene el MHR y compartir adecuadamente esa información con cada uno de ellos de una manera segura y confidencial a fin de ayudar a coordinar y manejar su atención médica. CareFirst limita la información divulgada a aquella que es necesaria para cumplir con este objetivo.

2. CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN

Comprendo lo siguiente:

- Mi participación es voluntaria. Es posible que opte por no participar en la Coordinación de Atención de CareFirst y aún así mantener mi cobertura de seguro con CareFirst.
- CareFirst no hará que el pago de beneficios médicos, la inscripción o la elegibilidad de beneficios médicos dependan de mi participación en el Programa.
- Es posible que CareFirst revele mi información médica personal según lo requiera o lo permita la ley.
- CareFirst puede compartir los datos y la información que suministran los proveedores de atención médica (por ejemplo: profesional de atención médica, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o centro médico) que han brindado tratamiento o servicio en mi representación. También podría incluir los resultados de mi Evaluación de Salud o Pruebas Exploratorias de Bienestar proporcionados por medio de un asociado contratado de atención médica de CareFirst.
- Mi proveedor de atención médica, incluso los proveedores tratantes de trastornos por consumo de sustancias y salud mental, puede compartir mi información con CareFirst.
- La información sobre mi persona que podría divulgarse incluye los datos que contiene mi registro médico general, la información sobre mi salud mental, incluso el trastorno por consumo de sustancias, y las reclamaciones de atención médica presentadas como consecuencia de consultas médicas, tratamientos, pruebas diagnósticas, pruebas exploratorias, recetas, centro médico enfocado en el paciente y otras actividades de administración de casos.
- También podría incluir, por ejemplo, cualquiera de mis registros médicos relacionados con:
 - trastornos por consumo de sustancias, drogas o alcohol;
 - problemas psicológicos, psiquiátricos u otros trastornos mentales o incapacidades de desarrollo (excluidas las "notas de psicoterapia");
 - trastornos metabólicos como anemia de células falciformes;
 - anticonceptivos y planificación familiar;
 - registros que pueden indicar la presencia de una enfermedad contagiosa o no contagiosa;
 - registros de VIH/SIDA o enfermedades de transmisión sexual;
 - enfermedades o pruebas genéticas (heredadas); y resultados de pruebas de laboratorio directamente del laboratorio clínico.
- Este intercambio de información a fin de brindarme atención y tratamiento está previsto y se permite conforme a las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996.
- Todos los afiliados de mi Equipo de Coordinación de Atención tendrán acceso a mi información médica únicamente a los fines de mi atención y tratamiento. La ley les exige a los proveedores de atención médica y a los socios contratados en relación con la atención médica de CareFirst mantener la privacidad de mi información médica de conformidad con las leyes vigentes de privacidad estatales y federales, incluso las normas sobre privacidad de la HIPAA. CareFirst no puede controlar las redivulgaciones no autorizadas de mi información por parte de personas a quienes CareFirst divulga tal información.
- Puedo participar en programas clínicos según lo solicite mi proveedor sin tener que firmar formularios adicionales sobre mi elección para participar en ellos. Puedo rechazar participar en cualesquiera de estos servicios en todo momento.
- Participaré activamente en las decisiones sobre mi atención médica constante, el tratamiento para problemas de salud crónicos y la mejora de mi estado de salud.

2. CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN (CONTINUACIÓN)

- Tendré el derecho de revisar los registros de mi información médica y de salud mental.
- Comprendo que, en función de mi pedido y de conformidad con la parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, me entregarán una lista de entidades a las cuales se han divulgado mis registros de trastornos por consumo de sustancias.
- Comprendo que puedo revocar esta autorización en todo momento sin sufrir consecuencias adversas. Para ello, debo completar el Formulario de Revocación que se encuentra en carefirst.com/memberpcmh. Haga clic en "Participate in PCMH" (Participar en el PCMH (Centro Médico Centrado en el Paciente)). Esta revocación entrará en vigencia a los fines de futuros usos y divulgaciones de la información de salud protegida. Sin embargo, comprendo que esta revocación no será válida: (i) para información que mi plan de salud ya haya utilizado o divulgado, en base a esta autorización, o (ii) si la autorización fue obtenida como condición de cobertura en mi plan de salud y, por ley, el plan de salud tiene derecho a oponerse a la cobertura.
- Este consentimiento vencerá después de un año si no se revoca.
- Al brindar mi número de teléfono y dirección de correo electrónico, comprendo que CareFirst y sus socios pueden comunicarse conmigo sobre mi atención médica mediante teléfono, teléfono celular, mensaje de texto o correo electrónico. Comprendo que el consentimiento para comunicarse conmigo conserva su vigencia con posterioridad al vencimiento de esta Elección para Participar a menos que revoque el consentimiento.

3. "CLAIMS" (RECLAMACIONES)

Autorizo a CareCo y a los otros proveedores que tratan mis trastornos por consumo de sustancias y salud mental a divulgar mi información de salud mental de CareFirst, incluido el trastorno por consumo de sustancias, que resulta necesaria para procesar reclamaciones. La información que será divulgada se limita a:

- la información administrativa;
- la información de diagnóstico;
- mi estado (voluntario o involuntario);
- el motivo de mi admisión al hospital o la continuación de mi tratamiento; y
- un pronóstico limitado al tiempo calculado durante el cual podría continuar el tratamiento.

4. FIRMA

Guarde una copia de este formulario. Póngase en contacto con su Coordinador de Atención de CareFirst si tiene preguntas sobre este formulario.

Firma del afiliado*		Nombre en letra de imprenta del afiliado	
Fecha de nacimiento del afiliado	Identificación del afiliado		Fecha
Firma del padre/tutor		Nombre del padre o tutor en letra de imprenta	
Número de teléfono	Teléfono celular		Fecha
Dirección de correo electrónico			

5. AVISO PARA LOS DESTINATARIOS

Se le ha divulgado esta información a partir de registros cuya confidencialidad puede estar protegida por la legislación estatal o federal. La legislación de Maryland prohíbe la redivulgación de la información médica sin tener la autorización del afiliado. La divulgación no autorizada de la información sobre salud mental infringe la Ley de Información de Salud Mental del Distrito de Columbia de 1978 (artículos 7- 1201.01 a 7-1207.02). La parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

6. FIRMA DE CONSENTIMIENTO DE MENORES O TUTORES

Si la persona que firma este formulario no es el afiliado, el padre, madre o tutor de un dependiente menor de 18 años, debe enviar, a la dirección indicada anteriormente, una copia completa del documento oficial que establece su autoridad legal para firmar en nombre del afiliado (por ejemplo, poder notarial, tutor designado por un tribunal, representante personal, etc.).

*Si el padre o tutor no ha dado el consentimiento para prestar servicios y, a su vez, el menor ha prestado un consentimiento que es suficiente en términos legales, el menor puede autorizar la divulgación. Cuando el menor haya prestado el consentimiento para dicho tratamiento, salvo obligación específica legal, no se divulgará información con relación a enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias, embarazo o enfermedades emocionales, a menos que tal información sea necesaria para preservar la salud del menor y del público, y sólo cuando se mantenga la confidencialidad de la identidad del menor. En D.C. y Virginia, si este consentimiento se refiere a información de salud mental (que incluye hospitalización psiquiátrica cuando el menor tiene 14 años o más y ha prestado su consentimiento para la admisión), y el paciente a quien este consentimiento se refiere tiene más de 14 años y menos de 18, el menor y el padre que tiene la custodia deben proporcionar un consentimiento conjunto. En D.C., si el paciente tiene menos de 14 años, sólo el padre o tutor debe proporcionar el consentimiento. En Virginia, se requiere el consentimiento simultáneo de un menor y el padre que tiene la custodia para divulgar registros de trastornos por consumo de sustancias de pacientes internados.