

Autorización para usar y dar a conocer la información de salud



Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a Arkansas Total Care a que use su información de salud para un fin en particular, que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario, o a ambas cosas.
- Si suministra una designación general para dar a conocer información, puede solicitar una lista de entidades a las que se ha dado a conocer su información.
- Usted no tiene que firmar este formulario ni dar permiso a usar o dar a conocer su información de salud. Sus servicios y beneficios de Arkansas Total Care no cambiarán si usted no firma este formulario.
- El derecho a cancelar (revocar): Este formulario de autorización/consentimiento está sujeto a revocarse en cualquier momento, a excepción de hasta donde Arkansas Total Care u otro legítimo poseedor de su información de salud que esté autorizado para dar a conocerla ya haya actuado basándose en esa autorización. Si desea cancelar este Formulario de Autorización, llene el Formulario de Revocación, en la última página, y envíelo a la dirección que aparece al final de la página.
- Arkansas Total Care no puede prometer que la persona o el grupo al que nos permita dar a conocer su información de salud no la dará a conocer a alguien más. La Parte 2 del Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations; CFR) prohíbe que los que reciban información sobre el tratamiento para el alcoholismo y drogadicción den a conocer, a su vez, esa información sin autorización.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Llene toda la información en este formulario. Cuando termine, envíelo a la dirección que aparece al final de la primera página.

INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):

Nombre del (la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): _____ Identificación de *Medicaid*: _____

Dirección del (la) afiliado(a): _____

Teléfono del (la) afiliado(a): () _____ - _____

Autorizo a todos los proveedores y agencias de salud mental, programas para el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción y a los proveedores de atención médica (pasados/actuales/futuros) que me traten que den a conocer a Arkansas Total Care la información de salud según se especifica abajo. También autorizo a Arkansas Total Care y a las entidades siguientes a que se comuniquen y se den a conocer entre sí la información de salud que se especifica abajo. El propósito de dar a conocer la información es ayudar a coordinar la atención y diagnosticar, tratar, manejar y obtener el pago correspondiente a mis necesidades de salud.

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN (añada personas o grupos adicionales en la página 2):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: () _____ - _____

AUTORIZO a Arkansas Total Care A QUE USE O DÉ A CONOCER LA INFORMACIÓN DE SALUD SIGUIENTE:

Toda mi información de salud, QUE INCLUYE: información, servicios o resultados de pruebas de genética, información y registros del VIH/SIDA, información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia), información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta, así como información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción (por favor especifique la información sobre todo trastorno de consumo de sustancias que pueda darse a conocer: _____); **O**

Toda mi información de salud, EXCEPTO (marque todas las que correspondan):

- Información, servicios o pruebas de genética
- Información y registros del VIH/SIDA
- Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
- Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
- Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
- Otra: _____

Fecha de vencimiento: Este consentimiento vence la primera de las fechas siguientes: (1) la fecha en que revoque el consentimiento; (2) la fecha en que deje de ser afiliado(a) de Arkansas Total Care; o (3) el evento o la fecha especificados: _____

Firma del (la) afiliado(a) _____ **Fecha:** ____/____/____
[Firma del (la) afiliado(a) o representante legal]

Si está firmando por el (la) afiliado(a), describa su relación abajo. Si es usted el (la) representante personal del (la) afiliado(a), describa esto abajo y envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutoría).

PERSONA(S) INDIVIDUAL(ES) O ENTIDAD(ES) ADICIONAL(ES) QUE PUEDE(N) RECIBIR LA INFORMACIÓN

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada "la entidad receptora"), debe especificar el nombre de la persona o la entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declare que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa entidad receptora.

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Nombre (persona o entidad): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) ____ - _____

Revocación de la autorización para usar y/o dar a conocer la información de salud



Deseo cancelar, o revocar, el permiso que di a Arkansas Total Care para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a una persona o un grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Fecha en que firmó la autorización (si la sabe): _____/_____/_____

INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):

Nombre del (la) afiliado(a) (escriba con letra de molde): _____

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): _____/_____/_____ Identificación de Medicaid _____

Dirección del (la) afiliado(a): _____

Ciudad del (la) afiliado(a): _____ Estado del (la) afiliado(a): _____ Código postal del (la) afiliado(a): _____

Teléfono del (la) afiliado(a): (____) _____ - _____

Entiendo que mi información de salud (incluida, cuando corresponda, mis registros del trastorno de consumo de sustancias) ya podría haberse usado o dado a conocer debido al permiso que di antes. También entiendo que esta cancelación sólo se aplica al permiso que di para usar mi información de salud para un fin particular o para dar a conocer mi información de salud a la persona o el grupo aplicable. No cancela cualesquiera otros formularios de autorización que haya firmado para que la información de salud se usara para otro fin o se diera a conocer a otra persona o grupo.

Firma del (la) afiliado(a): _____ Fecha: _____/_____/_____

[Firma del (la) afiliado(a) o representante legal]

Si está firmando por el (la) afiliado(a), describa su relación abajo. Si es usted el (la) representante personal del (la) afiliado(a), describa esto abajo y envíenos copias de los formularios correspondientes (como poder legal u orden de tutoría).

Arkansas Total Care dejará de usar o dar a conocer su información de salud cuando recibamos y procesemos este formulario. Use la dirección postal indicada abajo. También puede llamar al número siguiente para solicitar ayuda.

Arkansas Total Care
Attn.: Privacy Officer
P.O. Box 25010
Little Rock, AR 72221
Teléfono: 1-866-282-6280 (TDD/TTY: 711)



Declaración de no discriminación

Arkansas Total Care cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Arkansas Total Care no excluye a las personas ni las trata en forma distinta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo

Arkansas Total Care:

- Proporciona, sin cargo alguno, ayudas y servicios a las personas con discapacidades para que se comuniquen en forma eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Proporciona, sin cargo alguno, servicios de idiomas a las personas cuyo idioma primario no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Arkansas Total Care al 1-866-282-6280 o TDD/TTY: 711. Si considera que Arkansas Total Care no le ha proporcionado estos servicios o que le ha discriminado de otra manera con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo, puede presentar una queja formal ante: Arkansas Total Care Quality Department, Arkansas Total Care, P.O. Box 25010, Little Rock, Arkansas 72221, 1-866-282-6280 o TDD/TTY: 711. Las quejas formales pueden presentarse en persona o por correo, fax o mensaje electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, en Arkansas Total Care estamos listos para ayudarle.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos mediante el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue S.W., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD)

Los formularios para presentar quejas formales se encuentran en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Todos los materiales están disponibles para su traducción oral o por escrito, en su idioma y en otros formatos, sin costo alguno, llamando al 1-866-282-6280 o TDD/TTY: 711.



Language Assistance:

English:

If you, or someone you are helping, has questions about Arkansas Total Care, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Vietnamese:

Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Arkansas Total Care, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, xin gọi 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Marshallese:

Ñe kwe, ak bar juon eo kwōj jipañe, ewōr an kajjitōk kōn Arkansas Total Care, ewōr am jimwe in bōk jipañ im melele ko ilo kajin eo am ejjeļok wōñāān. Ñan kōnono ippān juon ri-ukōk, kirlōk 1-866-282-6280 TDD/TTY: 711.

Chinese:

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Arkansas Total Care 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。如果要與一位翻譯員講話，請撥電話 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Laotian:

ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອ ມາ ຄຳຖາມກ່ຽວກັບ Arkansas Total Care, ທ່ານມີສິດທິ ຈຳເປັນໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອແລະຂໍ້ມູນຂ່າວສານທ່ານ ເຖິງວ່າທ່ານ ໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ເພື່ອຈະເວົ້າກັບນາຍພາສາ ໃຫ້ໄດ້ທ່ານ ກະລຸນາ ກິດຈະການ 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Tagalog:

Kung ikaw, o ang iyong tinutulangan, ay may mga katanungan tungkol sa Arkansas Total Care, may karapatan ka na makakuha nang tulong at impormasyon sa iyong wika ng walang gastos. Upang makausap ang isang tagasalin, tumawag sa 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Arabic:

المساعدة على الحصول في الحق لديك ، حول أسئلة تساعدك شخص لدى أو لديك كان إذا تكلفة أية دون من بلغتك الضرورية والمعلومات ب اتصل مترجم مع للتحدث. 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

German:

Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Arkansas Total Care hat, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

**French:**

Si vous-même ou une personne que vous aidez avez des questions à propos Arkansas Total Care, vous avez le droit de bénéficier gratuitement d'aide et d'informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Hmong:

Yog koj, los yog tej tus neeg uas koj pab ntawd, muaj lus nug txog Arkansas Total Care, koj muaj cai kom lawv muab cov ntshiab lus qhia uas tau muab sau ua koj hom lus pub dawb rau koj. Yog koj xav nrog ib tug neeg txhais lus tham, hu rau 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Korean:

만약 귀하 또는 귀하가 돕고 있는 어떤 사람이 Arkansas Total Care 에 관해서 질문이 있다면 귀하는 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 비용 부담없이 얻을 수 있는 권리가 있습니다. 그렇게 통역사와 얘기하기 위해서는 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711 로 전화하십시오.

Portuguese:

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Arkansas Total Care, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711.

Japanese:

Arkansas Total Care について何かご質問がございましたらご連絡ください。ご希望の言語によるサポートや情報を無料でご提供いたします。通訳が必要な場合は、1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711 までお電話ください。

Hindi:

आप या जिसकी आप मदद कर रहे हैं उनके, Arkansas Total Care के बारे में कोई सवाल हों, तो आपको बबना ककसी खर्च के अपनी भाषा में मदद और िानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। ककसी दुभाषये से बात करने के ललए 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711 पर कॉल करें।

Gujarati:

જે તમને અથવા તમે જેમની મદદ કરી રહ્યા હોય તેમને Arkansas Total Care વવશે કોઈ પ્રશ્ન હોય તો તમને, કોઈ ખર્ચ વવના તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી પ્રાપ્ત કરવાનો અવિકાર છે. દુભાવષયા સાથે વાત કરવા માટે 1-866-282-6280 or TDD/TTY: 711