

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Identificación del miembro: \_\_\_\_\_

Fecha de nac. del miembro: \_\_\_\_\_

Estimado/a miembro:

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 estableció leyes federales sobre compartir expedientes de abuso del alcohol y otras sustancias. También creó las leyes de Indiana con respecto a los expedientes de salud y tratamiento para el abuso del alcohol, sustancias y enfermedades contagiosas. Esta carta permite utilizar y compartir su Información de Salud Protegida. El compartir sus expedientes de cuidado de la salud, incluyendo recetas y consejos de tratamiento, es vital para la segura y efectiva coordinación de su tratamiento.

**Consentimiento del Miembro**

Al firmar, permito que los profesionales de la salud de MDwise compartan la información con otra(s) organización(es) de atención médica para apoyar el cuidado de mi salud. Por ejemplo, permito que se comparta la siguiente información.

- Expedientes de salud: Incluyendo el tratamiento, pago y operaciones del cuidado de la salud.
- Expedientes de Enfermedad Transmisible
- Expedientes de VIH/SIDA
- Expedientes de Abuso de Sustancias
- Expedientes de Abuso del Alcohol

Entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento dando aviso por escrito a MDwise. Este consentimiento expirará al finalizar mi plan con MDwise. También puedo remover este consentimiento por escrito antes de que mi plan expire. Bajo la ley, los expedientes de abuso de sustancias compartidos bajo este formulario de consentimiento no pueden ser vueltos a divulgar por MDwise. El destinatario puede compartir los demás documentos y pueden ya no estar protegidos.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro/representante designado del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Consentimiento para hablar con otra persona**

Si usted no es el miembro, por favor también llene, firme y ponga fecha a esta sección. Marque la casilla que describa la relación con el miembro. Como se discute arriba, doy mi consentimiento para que MDwise hable con la(s) siguiente(s) persona(s) a mi nombre sobre los asuntos y expedientes, y en la extensión, abordada anteriormente.

Nombre del Representante Personal en letra imprenta	Firma del representante personal	Fecha
---	----------------------------------	-------

Nombre del Representante Personal en letra imprenta	Firma del representante personal	Fecha
---	----------------------------------	-------

- Padre de familia del menor   
  Tutor legal\*   
  Carta poder\*   
  Albacea\*   
  Otro\*

\*Si usted es una de estas personas debe proporcionar prueba de autoridad para actuar por el miembro y presentar este formulario.

**Autorización para la Divulgación de Información a Otras Organizaciones de Cuidado de la Salud**

Como se discute con anterioridad, doy mi consentimiento para que MDwise divulgue la información y expedientes, y a la extensión, abordada anteriormente, a la(s) siguiente(s) organización(es) de cuidado de la salud.

Nombre de la Organización de Cuidado de la Salud \_\_\_\_\_

Dirección de la Organización de Cuidado de la Salud \_\_\_\_\_

Nombre de la Organización de Cuidado de la Salud \_\_\_\_\_

Dirección de la Organización de Cuidado de la Salud \_\_\_\_\_