

Intercambio de Información Médica

Partnership HealthPlan of California conserva su información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) electrónicamente. Sus proveedores de atención médica pueden compartir su información de salud para mejorar la velocidad, la calidad, la seguridad y el costo de su atención. Esta forma de compartir sus registros se llama Intercambio de Información Médica (Health Information Exchange, HIE).

Su PHI incluye notas médicas, análisis de laboratorio, radiografías, recetas e información de pago. Si no desea compartir su PHI, debe completar el formulario que se encuentra en la página siguiente. El formulario se debe firmar y devolverse a Partnership por correo, fax o en persona.

Si no llena este formulario, acepta permitir que Partnership comparta parte de su PHI con socios de intercambio de información médica. Siempre puede optar por no compartir su PHI en una fecha posterior y Partnership no compartirá nuevos datos. Los datos que ya se hayan compartido no se recuperarán.

La PHI relacionada con servicios confidenciales NO se compartirá sin su aprobación por escrito. La PHI relacionada con servicios confidenciales incluye lo siguiente:

- Diagnóstico y tratamiento de salud mental o conductual
- Diagnóstico o tratamiento de trastornos por el uso de sustancias
- Infecciones de transmisión sexual
- Diagnóstico y tratamiento de salud sexual y reproductiva
- Control de la natalidad/anticoncepción
- Aborto o tratamiento relacionado con el aborto
- Resultados de pruebas genéticas
- Resultados de pruebas del VIH
- Tratamiento relacionado con la atención afirmativa de género
- Diagnóstico y tratamiento de la violencia dentro de la pareja

Si desea compartir su PHI relacionada con servicios confidenciales, debe completar el formulario de la página siguiente. El formulario se debe firmar y devolverse a Partnership por correo, fax o en persona.

Este aviso no modifica sus beneficios de Partnership ni su derecho a recibir la atención médica que necesita. Si necesita ayuda o si tiene preguntas, llámenos al **(800) 863-4155**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. Los usuarios de TTY pueden llamar al Servicio de retransmisión de mensajes de California al **(800) 735-2929** o llamar al **711**.

Para obtener más información, visite nuestro sitio web en PartnershipHP.org.



Formulario de Intercambio de Información Médica Para Miembros

La Información de salud protegida (PHI) incluye la información pasada y presente relacionada con las notas médicas, los laboratorios, las radiografías, las recetas y la información de pago de los proveedores. Elija una de las siguientes opciones:

- No quiero compartir mi PHI con socios de intercambio de información médica.**

La PHI relacionada con servicios confidenciales incluye información relacionada con el diagnóstico y tratamiento de salud mental o conductual, el diagnóstico o tratamiento de trastornos por uso de sustancias, las infecciones de transmisión sexual, el control de la natalidad/la anticoncepción, el diagnóstico y tratamiento de atención de la salud sexual y reproductiva, el aborto o tratamiento relacionado con el aborto, los resultados de pruebas genéticas, los resultados de pruebas de VIH, la atención afirmativa de género y el diagnóstico y tratamiento de la violencia dentro de la pareja.

- Acepto** compartir mi PHI relacionada con servicios confidenciales con Partnership y permitir que Partnership comparta dicha PHI con socios de intercambio de información médica. Entiendo que mi información de salud pasada y presente relacionada con servicios confidenciales ahora se compartirá con todos mis proveedores de atención médica, los socios de intercambio de información médica y Partnership.
- No** quiero compartir mi PHI relacionada con servicios confidenciales con socios de intercambio de información médica.

Nombre del miembro: Fecha de nacimiento:
O el nombre de su representante autorizado:
¿Qué autoridad legal tiene para representar al miembro? <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Albacea/curador <input type="checkbox"/> Otro
Firma:
ID del afiliado:
Fecha:

Envíe el formulario completo por correo a la siguiente dirección:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Member Services
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

También puede enviar el formulario completo por fax al (707) 863-4415.