



nh healthy families™

Guía para los formularios



Si tiene acceso a Internet:

- Conéctese a Internet y diríjase a **www-es.nhhealthyfamilies.com**.
- Cree una cuenta en línea y complete los formularios que correspondan a sus necesidades de atención médica.
- Conozca nuestro programa de recompensas, **myhealthpays**®*.
- Consulte nuestra lista de médicos.
- Complete su Evaluación de detección de riesgos de salud.

* Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta \$250 en efectivo y en bienes y servicios no monetarios, hasta el 30 de junio de cada año.

** Esta tarjeta prepa Visa® del programa de recompensas My Health Pays® es emitida por The Bancorp Bank de conformidad con una licencia de Visa U.S.A., Inc. The Bancorp Bank, miembro de la Corporación Federal de Seguro de Depósitos (Federal Deposit Insurance Corporation, FDIC). La tarjeta no puede usarse en todos los comercios donde se aceptan tarjetas de débito Visa.



Si no tiene acceso a Internet:

- Complete los formularios de este folleto y envíenoslos por correo en los **sobres codificados por colores** con franqueo pagado incluidos aquí.
- Programe una cita para una visita de rutina con su PCP y reciba una recompensa en su tarjeta prepa Visa®** de **myhealthpays**®*.
- Solicite nuestra lista de médicos de la red que se encuentran cerca de su ubicación llamando al **1-866-769-3085**.

¿Qué tan rápido puede ganar hasta \$30?* **¿Qué le parece en 10 minutos?**
Complete la Evaluación de detección de riesgos de salud en línea o en el folleto de formularios incluido en este paquete dentro de los 30 días posteriores a la inscripción y gane hasta \$30 en su cuenta de **myhealthpays**®*. Si la completa después de los 30 días, puede ganar \$20. Los miembros existentes pueden ganar \$20 por año.

- Complete los formularios en este paquete o conéctese en línea para imprimirlos en **www-es.nhhealthyfamilies.com**.
- Los formularios son confidenciales.
- Complete un formulario por miembro.
- Si necesita más formularios para los miembros de su grupo familiar, llámenos al **1-866-769-3085**. Le enviaremos más formularios por correo.
- Si tiene preguntas o necesita ayuda para entender los formularios, llame a Servicios para Miembros al **1-866-769-3085** o visítenos en línea en **www-es.nhhealthyfamilies.com**.

1-866-769-3085

TDD/TTY (personas con problemas de audición): 1-855-742-0123

Horario de atención: de lunes a miércoles, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y jueves y viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

NHhealthyfamilies.com

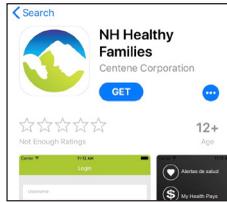
Formularios incluidos en este paquete:

Complete su formulario de Evaluación de riesgos de salud dentro de los 30 días posteriores a la inscripción y reciba \$30 en su tarjeta prepaга Visa® de **myhealthpays**®. Para obtener más información, llámenos al 1-866-769-3085.

Evaluación de detección de riesgos de salud 1

Este formulario nos ayudará a determinar si hay algún servicio o alguna herramienta adicionales que podría necesitar. Complete su Evaluación de detección de riesgos de salud (Health Risk Assessment Screening, HRAS) dentro de los 30 días posteriores a la inscripción y **gane \$30*** en su tarjeta prepaга Visa® de **myhealthpays**®. Si la completa después de los 30 días, puede **ganar \$20**. Los miembros existentes pueden **ganar \$20*** por año. Si necesita ayuda para completar el formulario, llámenos al **1-866-769-3085**.

¿Sabía que también tiene disponibles dos maneras más de completar la HRAS?

FARMACIA DE LAS TIENDAS WALMART	APLICACIÓN MÓVIL DE NH HEALTHY FAMILIES
 <p>Escanee el código QR que aparece al dorso de su tarjeta prepaга Visa® de myhealthpays® en la farmacia. En la lista de Programas vigentes, elija Evaluación de detección de necesidades de salud y responda las preguntas sobre su salud. Las recompensas se cargarán a su tarjeta inmediatamente después de que termine.</p>	 <p>Para acceder a la función de la HRAS, presione el icono del menú (3 barras horizontales).</p>

FORMULARIO:

- **Evaluación de detección de riesgos de salud (HRAS)**
- **Aviso de embarazo (NOP)**

ENVIAR A:

Medical Management Notifications
PO Box 2010
Farmington,
MO 63640-9706

Proveedor de atención primaria (PCP) 5

NH Healthy Families le ofrece la opción de acceder a un proveedor de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) para ayudarlo a mantener su salud. Su PCP puede ser un médico, un enfermero practicante o un auxiliar médico. Es fácil elegir a un PCP. Tenemos muchos proveedores para elegir. Debe visitar a su PCP dentro de los 90 días posteriores a la inscripción en NH Healthy Families. Si necesita ayuda para encontrar a un PCP cerca de su ubicación, visite **www-es.nhhealthyfamilies.com** o llame a Servicios para Miembros al **1-866-769-3085**.

Aviso de embarazo (NOP) 7

Si está embarazada, es elegible para varios de nuestros programas para mujeres embarazadas. Queremos asegurarnos de que reciba la cobertura de salud que necesita durante el embarazo y el nacimiento de su bebé. Antes de que podamos ayudarla, necesitamos saber que está embarazada. Complete el formulario de Aviso de embarazo durante las primeras 12 semanas de embarazo y **reciba \$100*** en su tarjeta prepaга Visa® de **myhealthpays**®. Complete el formulario de Aviso de embarazo entre las semanas 12 y 26 de embarazo y **gane \$50***.

Preparado para mi recuperación 9

Si desea comenzar un programa de recuperación por abuso de sustancias, queremos ayudarlo. Los miembros que envíen su Evaluación de detección de riesgos de salud pueden completar el formulario Preparado para mi recuperación y serán contactados por un administrador de atención que los conectará con la ayuda adecuada según sus necesidades. Los miembros con problemas de abuso de sustancias que completen el formulario Preparado para mi recuperación **recibirán una mochila de Mi travesía de recuperación*** llena de artículos y recursos que los ayudarán en su recuperación. Se ofrecen recompensas de **myhealthpays**® a los miembros que participen en la recuperación continua del abuso de sustancias.

Nota: El consumo de tabaco/nicotina no se incluye como parte de este programa.

Autorización para usar y divulgar información de salud 11

Completar este formulario es voluntario y no afectará su cobertura si decide no firmarlo. Si lo completa, le permitirá a NH Healthy Families compartir su información de salud con la persona o entidad que usted identifique. Se puede cancelar en cualquier momento. Lea el formulario detenidamente para obtener información.

FORMULARIO:

- **Proveedor de atención primaria (PCP)**
- **Preparado para mi recuperación**
- **Autorización para usar y divulgar información de salud**

ENVIAR A:

NH Healthy Families
2 Executive Park Drive
Bedford,
NH 03110-9983

* Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta \$250 en efectivo y en bienes y servicios no monetarios, hasta el 30 de junio de cada año.

** Esta tarjeta prepaга Visa® del programa de recompensas My Health Pays® es emitida por The Bancorp Bank de conformidad con una licencia de Visa U.S.A., Inc. The Bancorp Bank, miembro de la FDIC. La tarjeta no puede usarse en todos los comercios donde se aceptan tarjetas de débito Visa.



Evaluación de detección de riesgos de salud

Complete todas las secciones que se apliquen a usted o al miembro de su familia. Las respuestas a estas preguntas nos serán de utilidad para determinar cuál es la mejor forma en que podemos ayudarlo a usted o al miembro de su familia, y no afectarán sus beneficios de Medicaid de ninguna manera. Todas las respuestas son confidenciales. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-866-769-3085. Los usuarios de TDD/TTY pueden llamar al 1-855-742-0123.

Información del miembro _____ *Indica una pregunta de respuesta obligatoria

Nombre de la persona que completa el formulario:

Relación con el miembro:

Propio miembro Madre Padre Abuelo/a Padre/madre adoptivos Hijo Otro

*Nombre del miembro (apellido, nombre):

*Id. de Medicaid:

Fecha de nacimiento (MMDDAAAA):

*Sexo: Femenino Masculino Etnia: Hispano o latino Ni hispano ni latino

Raza (incluya hasta dos):

Negro/Afroamericano Indio americano/Nativo de Alaska Blanco Asiático

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico No sabe/No especifica

*Idioma hablado: Inglés Español Otro

Idioma escrito: Inglés Español Otro

*¿Cuál es su número telefónico de preferencia para que lo contactemos?

¿Qué tipo de número telefónico es este? Casa Teléfono celular Otro

*¿Dirección de correo electrónico de preferencia?

*¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted? Teléfono Correo Correo electrónico
Mensaje de texto Otro

*¿Dónde vive? Casa propia/alquilada Refugio Indigencia Con familiares/amigos Otro

¿En cuántos lugares ha vivido el último año? Uno Dos Tres o más

¿Se siente seguro en su casa?

Sí, siempre No estoy seguro Sí, a veces No Prefiero no contestar

¿Cuenta con transporte seguro para acudir a las visitas al médico?

Siempre A veces Casi nunca o nunca

¿Está en tratamiento por alguna de estas afecciones? (Marque todas las que correspondan).

Trastorno cerebral adquirido Asma Cáncer Diabetes Enfermedad cardíaca VIH/SIDA

Discapacidad intelectual o del desarrollo Enfermedad pulmonar Anemia drepanocítica (sin rasgos) Hepatitis

Afección física grave (como por ejemplo parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas)

Derrame cerebral Trasplante Otro (explicar)

Solo para niños.

Artritis juvenil Problemas de desarrollo Síndrome de abstinencia neonatal

¿Actualmente está recibiendo antibióticos por vía intravenosa por más de 3 semanas? Sí No

¿Tiene dolor constante? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuán intenso es el dolor en una escala del 1 al 10 (siendo 10 la mayor intensidad)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Alguna vez sufrió algún trauma o abuso (p. ej., otra persona lo lastimó físicamente, lo humilló o abusó emocionalmente de usted)?

Sí No

Si alguna vez sufrió trauma o abuso, ¿le gustaría recibir apoyo (p. ej., hablar con un consejero)?

Sí No

Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia le preocupó quedarse sin alimentos?

Siempre A veces Casi nunca o nunca

Si completa el formulario para un hijo, ¿su hijo participa en alguno de los siguientes programas?

Apoyo Temprano y Servicios para la Familia Servicios Médicos Especiales Partners in Health Ninguno

¿Está embarazada?

Sí No N/A

Si la respuesta es afirmativa, ¿existen complicaciones del embarazo (p. ej., diabetes, presión arterial alta o embarazos múltiples)?

Sí No N/A

¿Ha consumido alcohol, medicamentos recetados u otras sustancias durante el embarazo?

Sí No N/A

¿Está en tratamiento por cualquiera de estas afecciones de salud mental o por consumo de sustancias? (Marque todas las que correspondan).

TDAH Autismo Trastorno bipolar Depresión Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro)
Esquizofrenia Enfermedad mental grave Problemas por consumo de sustancias Ninguna

Solo para niños.

Trastorno psíquico grave

Otra:

¿Consume bebidas alcohólicas?

Sí No Prefiero no contestar

Si la respuesta es afirmativa, ¿alguien le dijo que su consumo de alcohol es un problema?

Sí No Prefiero no contestar

¿Cree que necesita ayuda con respecto al consumo de drogas o alcohol?

Sí No Prefiero no contestar

¿Actualmente consume drogas ilícitas (como por ejemplo heroína, cocaína) u otras drogas que no sean recetadas?

Sí No Prefiero no contestar

¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 12 meses?

Sí No

¿Fuma cigarrillos, consume tabaco sin humo o cigarrillos electrónicos?

Sí No Prefiero no contestar

¿Le gustaría hablar con alguien para dejar de fumar?

Sí No

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sintió poco interés o poco placer por hacer cosas?

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o desesperanzado?

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Le gustaría hablar con alguien sobre los servicios de salud mental/para tratamiento por consumo de sustancias?

Sí No

¿Tiene dificultad para hacer las siguientes actividades por usted mismo? Marque todas las que correspondan.

Bañarse Vestirse Caminar Comer Usar el inodoro

Sentarse y levantarse de una silla Preparar comidas Administrar dinero

Tomar medicamentos según lo recetado Realizar tareas del hogar

Hacer las compras No corresponde debido a la edad del miembro

¿Ha acudido a la sala de emergencias 3 veces o más en los últimos 3 meses?

Sí No

¿Ha estado hospitalizado durante más de 2 semanas en los últimos 3 meses?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿fue por un bebé recién nacido en la UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales)?

Sí No

¿Ha tenido algún intento de suicidio en los últimos 12 meses?

Sí No

¿Salió de la cárcel o prisión en los últimos 6 meses?

Sí No Prefiero no contestar

¿Le gustaría que un administrador de atención se comunique con usted para ayudarlo con sus preocupaciones de salud, recursos en la comunidad u otras preguntas o asuntos?

Sí No

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas. ¿Hay algo más que considere que debemos saber acerca de usted, su hijo o su familia?





Formulario de proveedor de atención primaria (PCP)

Información del miembro

* Campo obligatorio

Nombre: Inicial del segundo nombre: Apellido:

Id. de Medicaid*: Fecha de nacimiento (mmddaaaa):

Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN): Teléfono:

Dirección postal:

Ciudad: Estado: Código postal:

Solicitud de cambio de PCP: proporcione información del PCP.

Nombre del PCP solicitado N.º de id. nacional de proveedor (National Provider Identifier, NPI)

Dirección del consultorio:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono del consultorio: Fecha de entrada en vigencia (mmddaaaa):

La fecha de entrada en vigencia se basará en la póliza de selección/cambio del plan.

Motivo del cambio del PCP asignado: elija todos los que correspondan. Seleccione al menos una opción.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nuevo miembro: realiza la selección por primera vez. | <input type="checkbox"/> Ubicación del proveedor. |
| <input type="checkbox"/> El miembro ya es paciente del PCP solicitado. | <input type="checkbox"/> Asociación con el hospital o grupo médico. |
| <input type="checkbox"/> El PCP solicitado ya atiende a un familiar. | <input type="checkbox"/> Barreras de comunicación/idioma. |
| <input type="checkbox"/> Preferencia del miembro. | <input type="checkbox"/> Tiempo de espera en el consultorio del proveedor. |
| <input type="checkbox"/> El miembro se mudó. | <input type="checkbox"/> Disponibilidad para conseguir una cita; acceso a la atención. |
| <input type="checkbox"/> El horario de atención del PCP no se adapta a las necesidades del miembro. | <input type="checkbox"/> Relación establecida con otro proveedor. |
| <input type="checkbox"/> Calidad de la atención. | <input type="checkbox"/> Solicitud del proveedor para cancelar la inscripción del miembro. |
| <input type="checkbox"/> El proveedor abandonó la red. | <input type="checkbox"/> Otro. |

Firma del miembro o representante autorizado

Fecha (mmddaaaa)

Nombre en letra imprenta del miembro o representante autorizado

Instrucciones: Envíe por fax los formularios de Datos de cambio de miembro al **Departamento de Servicios para Miembros de NH Healthy Families** al 1-877-502-7255 o por correo postal a **NH Healthy Families Member Services**, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110. **Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario o desea hacer esta solicitud** por teléfono, llame al Departamento de Servicios para Miembros de NH Healthy Families al **(866) 769-3085 (TDD/TTY: [855] 742-0123)**, de lunes a miércoles de 8 a. m. a 8 p. m., y jueves y viernes de 8 a. m. a 5 p. m. (hora del este).

Su nombre:*

Su fecha de nacimiento:* (mmddaaaa)

Su apellido:*

- ¿Tiene diabetes (desde antes del embarazo)?
- ¿Tiene actualmente problemas de salud mental?
- ¿Tiene anemia drepanocítica?
- Enumere:
- ¿Tiene asma?
- ¿Tiene actualmente alguna enfermedad de transmisión sexual?
- Si la respuesta es sí, ¿los síntomas del asma han empeorado durante el embarazo?
- Enumere:
- ¿Tiene presión arterial alta (desde antes del embarazo)?
- ¿Consumo tabaco actualmente? Cantidad:
- Si la respuesta es sí, ¿está interesada en dejar de fumar?
- ¿Sufrió muerte neonatal o mortinato previos?
- ¿Consumo alcohol actualmente? Cantidad:
- ¿Es VIH positivo? ¿Es VIH negativo?
- ¿Consumo actualmente drogas ilícitas?
- ¿Se rehúsa a realizarse los exámenes?
- ¿Toma algún medicamento recetado (aparte de las vitaminas prenatales)? Enumere:
- ¿Tiene SIDA?
- ¿Tuvo alguna estadía hospitalaria durante este embarazo?
- ¿Tiene problemas de tiroides?
- ¿Tiene trastorno convulsivo?
- ¿Tuvo convulsiones en los últimos 6 meses?
- ¿Abusó anteriormente de alcohol o drogas?

- ¿Tiene suficiente comida? Sí No
- ¿Está sin hogar o vive en un refugio? Sí No
- ¿Carece de acceso telefónico confiable? Sí No
- ¿Tiene problemas para acudir a sus visitas al médico? Sí No
- ¿Está inscrita en el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)? Sí No
- ¿Se siente insegura en su hogar? Sí No

Enumere cualquier otra necesidad social que podría tener:

Enumere cualquier otra cosa que le gustaría contarnos sobre su salud:





Formulario Preparado para mi recuperación

Este formulario es confidencial.

Antes de enviar este formulario, debe completar su Evaluación de detección de riesgos de salud en la página 1 o en línea en www-es.nhhealthyfamilies.com para ser elegible para el programa de recompensas Preparado para mi recuperación. Envíe su formulario completo y reciba una mochila de Mi travesía de recuperación** llena de artículos y recursos para ayudarlo en su recuperación del abuso de sustancias.**

Información del miembro

* Campo obligatorio

Fecha de hoy: (mmddaaaa)

Su nombre:*

Su fecha de nacimiento:* (mmddaaaa)

Su apellido:*

Dirección postal:

Ciudad:

Estado: Código postal:

Teléfono de casa: - -

Teléfono móvil: - -

Dirección de correo electrónico:

¿Cuál es el mejor momento para contactarlo? _____

¿Ha tenido problemas de abuso de sustancias recientemente,
pero está preparado para dar el primer paso en su recuperación? Sí No

Si necesita asistencia inmediata por un problema de abuso de sustancias, llame al 2-1-1.

Complete este formulario y envíelo por correo postal a la siguiente dirección:
NH Healthy Families, 2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110-9983

Nota: El consumo de tabaco/nicotina no se incluye como parte de este programa.

**** Se aplican algunas restricciones y limitaciones. Cada miembro puede ganar hasta \$250 en efectivo y en bienes y servicios no monetarios, hasta el 30 de junio de cada año.**



nh healthy families.
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110

Authorization to Use and Disclose Health Information

Notice to Member:

- Completing this form will allow NH Healthy Families to (i) use your health information for a particular purpose, and/or (ii) share your health information with the individual or entity that you identify on this form.
- You do not have to give permission to use or share your health information. Your services and benefits with NH Healthy Families will not change if you do not submit this form.
- If you want to cancel this authorization form, send us a written request to revoke it at the address on the bottom of this page. A revocation form can be provided to you by calling Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- NH Healthy Families cannot promise that the person or group you allow us to share your health information with will not share it with someone else.
- Keep a copy of all completed forms that you send to us. We can send you copies if you need them.
- If you need help, contact Member Services at the phone number on the back of your member ID card.
- Fill in all the information on this form. When finished, mail the form and any supporting documentation to
NH Healthy Families
ATTN: Compliance Department
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110

Aviso al (la) afiliado(a):

- Al llenar este formulario, usted autoriza a NH Healthy Families a (i) que use su información de salud para un fin en particular, y/o (ii) que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- 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 NH Healthy Families no cambiarán si usted no firma este formulario.
- Si desea cancelar este formulario de autorización, envíenos por escrito una solicitud para revocarlo a la dirección que aparece al final de esta página. Servicios para los afiliados puede proporcionarle un formulario de revocación si les llama al número telefónico que se encuentra en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- NH Healthy Families 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.
- Conserve una copia de todos los formularios llenos que nos envíe. Si las necesita, podemos enviarle copias.
- Si necesita ayuda, comuníquese con Servicios para los afiliados al número telefónico que aparece en la parte trasera de su tarjeta de identificación de afiliación.
- Llene toda la información en este formulario. Al terminar, envíe el formulario y todos los documentos de apoyo a
NH Healthy Families
ATTN: Compliance Department
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110



nh healthy families.

2 Executive Park Drive,
Bedford, NH 03110

LEA LAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL FORMULARIO QUE SE INCLUYE A CONTINUACIÓN. NO SE ACEPTARÁN FORMULARIOS INCOMPLETOS.

1 INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro (*en letra imprenta*): _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ N.º de id. del miembro: _____

2 AUTORIZO A NH HEALTHY FAMILIES A UTILIZAR MI INFORMACIÓN DE SALUD CON LA FINALIDAD IDENTIFICADA, O A COMPARTIRLA CON LA PERSONA O EL GRUPO QUE SE DETALLAN A CONTINUACIÓN. LA FINALIDAD DE LA AUTORIZACIÓN ES (*marque una de las siguientes opciones*):

permitir que NH Healthy Families me ayude con mis beneficios y servicios; **O**

permitir que NH Healthy Families use o comparta mi información de salud para _____.

3 PERSONA O GRUPO QUE RECIBEN LA INFORMACIÓN (*para agregar personas o grupos adicionales, vaya a la siguiente página*):

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

4 AUTORIZO A QUE NH HEALTHY FAMILIES USE O COMPARTA LA INFORMACIÓN DE SALUD COMO SE INDICA A CONTINUACIÓN:

(NOTA: Seleccione la primera declaración para permitir la divulgación de TODA la información de salud, o bien seleccione la segunda declaración para permitir la divulgación de solo UNA PARTE de la información de salud. NO se pueden seleccionar ambas opciones).

Toda mi información de salud, INCLUIDO lo siguiente:

información, pruebas o servicios genéticos; registros y datos sobre VIH/SIDA; registros y datos sobre salud mental (sin incluir las notas de psicoterapia); registros y datos sobre medicamentos con receta; y registros y datos sobre drogas y alcohol (especifique la información sobre cualquier trastorno por abuso de sustancias que desee divulgar).

O

Toda mi información de salud, EXCEPTO lo siguiente (*marque todas las casillas que correspondan*):

información, pruebas o servicios genéticos;

registros y datos sobre SIDA o VIH;

registros y datos sobre drogas y alcohol;

registros y datos sobre salud mental (sin incluir las notas de psicoterapia);

registros y datos sobre medicamentos con receta;

otro: _____

5 ESTA AUTORIZACIÓN FINALIZA EN LA FECHA O CON EL EVENTO QUE SE INDICAN A CONTINUACIÓN:

Indique la fecha de finalización de la autorización, a menos que se cancele. Si no completa este campo, la autorización finalizará en un año a partir de la fecha de la firma que se indica a continuación.



nh healthy families.
2 Executive Park Drive,
Bedford, NH 03110

6 FIRMA DEL MIEMBRO O DE SU REPRESENTANTE LEGAL: _____

FECHA: _____

SI FIRMA EL REPRESENTANTE LEGAL, indique la relación con el miembro: _____

Si usted es el representante legal o personal del miembro, deberá enviarnos copias de los formularios pertinentes, como poder legal de representación u orden de tutela.

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN COMPLETO Y TODA LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:
NH Healthy Families, ATTN: COMPLIANCE DEPARTMENT
2 Executive Park Drive, Bedford, NH 03110



nh healthy families.

2 Executive Park Drive,
Bedford, NH 03110**PERSONA(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE PUEDE(N) RECIBIR INFORMACIÓN:**

NOTA: Si usted da su consentimiento para la divulgación de cualquier registro de trastornos por abuso de sustancias a un receptor que no sea ni un tercero responsable de los pagos ni un proveedor de atención médica, una instalación o un programa donde usted recibe servicios prestados por un proveedor tratante, como un intercambio de seguros o una institución de investigación (de aquí en adelante, la “entidad receptora”), deberá especificar el nombre de la persona o de la entidad en la cual usted recibe servicios prestados por un proveedor tratante en esa entidad receptora, o simplemente especificar que sus registros sobre trastornos por abuso de sustancias pueden divulgarse a sus proveedores tratantes actuales y futuros en dicha 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: () - _____



nh healthy families™

Revocación de la autorización de uso y divulgación de información de salud

Quiero cancelar o revocar la autorización que otorgué a NH Healthy Families para que utilice mi información de salud con una finalidad determinada o para que la comparta con cierta persona o grupo:

PERSONA O GRUPO QUE RECIBIÓ LA INFORMACIÓN:

Nombre (persona o grupo): _____

Dirección: _____

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

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

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:

Nombre del miembro (en letra imprenta): _____

Fecha de nacimiento del miembro: ____ / ____ / ____ N.º de id. del miembro: _____

Entiendo que es posible que ya se haya utilizado o compartido mi información de salud (incluidos mis registros de trastornos de abuso de sustancias, si corresponde) conforme a la autorización que otorgué anteriormente. También entiendo que esta cancelación solo se aplica a la autorización que di para que mi información de salud se usara con una finalidad determinada o para que se compartiera con la persona o el grupo indicados, y no revoca ningún otro formulario de autorización que firmé con respecto al uso de mi información de salud para otros fines o a su divulgación a otras personas o grupos.

Firma del miembro: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

(Firma del miembro o del representante legal)

Si firma en nombre del miembro, indique qué relación tiene con este a continuación. Si usted es el representante legal o personal del miembro, indíquelo abajo y envíenos copias de los formularios pertinentes (como un poder legal de representación o una orden de tutela).

Después de recibir y procesar este formulario, NH Healthy Families dejará de utilizar o compartir su información de salud. Use la dirección postal que se incluye a continuación. También puede llamar al siguiente número para solicitar ayuda.

NH Healthy Families
2 Executive Park Drive
Bedford, NH 03110
1-866-769-3085 (TTY/TDD: 1-855-742-0123)
www-es.nhhealthyfamilies.com

Declaración de no discriminación

NH Healthy Families complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

NH Healthy Families cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

NH Healthy Families respecte toutes les lois fédérales en vigueur en matière de droits civils et ne se livre à aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, la situation de handicap ou le sexe.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services are available to you at no cost. Call 1-866-769-3085 (TTY 1-855-742-0123).

ATENCIÓN: si no habla inglés, hay servicios de asistencia en diferentes idiomas disponibles para usted sin costo. Llame al 1-866-769-3085 (TTY 1-855-742-0123).

ATTENTION : si vous ne parlez pas anglais, des services d'aide linguistique sont mis à votre disposition sans paiement de votre part. Composez le 1-866-769-3085 (TTY 1-855-742-0123).

