



Consentimiento unificado

Nombre del cliente: _____

ID del cliente: _____

Título

Consentimiento unificado conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) y 42 C.F.R. Parte 2 para servicios de salud conductual, trastornos por consumo de sustancias (SUD) y servicios relacionados

Propósito

Este consentimiento autoriza a CarePlus NJ, Inc. a usar y divulgar su información médica protegida (Protected Health Information, PHI), incluyendo los registros protegidos en virtud de la 42 C.F.R. Parte 2, para fines de **tratamiento, pago y operaciones de atención médica (Treatment, Payment, and Health Care Operations, TPO)**. También permite la divulgación de información para fines específicos adicionales al TPO, conforme a la legislación federal.

Este formulario único sustituye todos los consentimientos previos de TPO y no TPO a partir del 1 de enero de 2026.

Este consentimiento no autoriza la divulgación de información médica a familiares, empleadores, representantes legales, personas en libertad condicional o bajo palabra, agencias de vivienda u otros terceros no involucrados en el tratamiento, ni para fines distintos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Dichas divulgaciones requieren una autorización independiente o un formulario de divulgación de información por separado.

Autorización de programas y entidades

Autorizo a CarePlus NJ, Inc., lo que incluye a todos los programas, departamentos, servicios y entidades afiliadas actuales y futuras, a usar y divulgar mi PHI, incluidos los registros de SUD, para fines de TPO conforme a lo descrito en este consentimiento.

Nota: Para fines de TPO, este consentimiento autoriza **únicamente el uso y la divulgación; no es bidireccional**.

Partes receptoras

La información podrá divulgarse a:

- mis proveedores tratantes;
- planes de salud;
- terceros pagadores;
- asociados comerciales;
- personal y otras personas que colaboren en la operación de los programas de CarePlus NJ.

Solo se divulgará la cantidad mínima necesaria de información para cumplir con los fines indicados.

Descripción de la información

Todos los registros necesarios para el **tratamiento, el pago y las operaciones del programa**, incluida la información relacionada con cualquier programa, servicio o departamento que opera CarePlus NJ, Inc., tales como:

- Servicios de salud conductual y en situaciones de crisis.
- Información sobre tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (SUD) (**se excluyen notas de asesoramiento a menos que se autorice por separado**).
- Información de salud reproductiva, según lo permite la ley (por ejemplo, anticoncepción, atención prenatal, tratamiento de fertilidad, manejo de abortos espontáneos, servicios de aborto).

Declaración sobre salud reproductiva: Entiendo que este consentimiento incluye información de salud reproductiva y reconozco las protecciones y los límites de divulgación descritos anteriormente.

Esto incluye registros clínicos, administrativos u operativos necesarios para coordinar la atención y garantizar la eficacia de los programas en todos los servicios de CarePlus NJ.

Finalidad de uso o divulgación

Para el **tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO)**, según lo permite la HIPAA y 42 C.F.R. Parte 2.

Derecho de revocación

Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que CarePlus NJ u otras partes autorizadas ya hayan actuado con base en él.

Contacto para la revocación:

Privacy Officer,
CarePlus NJ, Inc.,
1 Kalisa Way, Suite 112,
Paramus, NJ 07652
Teléfono: 201-649-4466

Plazo de vigencia

Este consentimiento tendrá una vigencia de **un año a partir de la fecha de su firma** o al momento de su revocación por escrito.

Negativa a firmar y consecuencias

Puede negarse a firmar este consentimiento. Las consecuencias pueden incluir:

- Retraso o imposibilidad de facturar a su plan de salud (podría exigirse el pago completo).
- Coordinación limitada de la atención con otros proveedores.
- Posibles demoras en derivaciones o continuidad de la atención.

Importante: CarePlus NJ **no condicionará su tratamiento ni el acceso a los servicios en función de si firma o no este consentimiento**. Firmar el presente consentimiento es voluntario, y usted aún puede recibir servicios aunque decida no firmarlo, salvo que el servicio no pueda prestarse sin un consentimiento específico. **El tratamiento de emergencia no se negará** si decide no firmar este consentimiento.

Aviso de nueva divulgación (42 C.F.R. Parte 2)

Esta información se divulgó a partir de registros protegidos conforme a **42 C.F.R. Parte 2**. Las normas federales prohíben cualquier divulgación adicional de estos registros, salvo que usted proporcione autorización por escrito o según lo permita la ley.

La parte receptora podría volver a divulgar los registros de la parte 2 y podrían dejar de estar protegidos bajo la parte 2, excepto para usos en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra.

Una **autorización general para la divulgación de información médica NO es suficiente** para la nueva divulgación de registros de la Parte 2. Las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) también pueden aplicarse a estos registros, pero la HIPAA **no anula las protecciones de la Parte 2**.

Derecho a recibir una copia

Entiendo que tengo derecho a **recibir una copia de este consentimiento firmado**.

Orientación para menores y representantes personales

- **Menores (14 años o más):** Pueden firmar u objetar la divulgación de PHI de salud física o mental; la autorización de los padres o tutores puede prevalecer para registros que no sean de SUD.
- **Registros de SUD:** No hay límite de edad; los menores pueden autorizar la divulgación y los padres o tutores no pueden anular el consentimiento.
- Los representantes personales deben presentar **documentación que acredite su autoridad** para firmar.

Reconocimiento

Entiendo lo anterior y doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi PHI según lo descrito.

Plazo de vigencia y firma

Nombre en letra de imprenta: _____ **Fecha:** _____

Firma del cliente, padre/madre o tutor legal: _____

Relación con el cliente: _____

Si corresponde, firma del menor: _____

Declaración de cumplimiento

Este consentimiento cumple con la HIPAA (45 C.F.R. Partes 160 y 164) y 42 C.F.R. Parte 2 (de conformidad con la enmienda del 16 de febrero de 2024).