

La continuidad de la atención significa que, bajo ciertas condiciones, usted sigue recibiendo los servicios de su proveedor de atención de salud actual hasta que la atención esté completa.

Miembros inscritos recientemente en Sharp Health Plan:

Puede recibir la continuidad de los servicios de atención en las siguientes situaciones:

1. Cuando recibe atención de un proveedor que no pertenece a Sharp Health Plan.
2. Cuando terminó su cobertura anterior por los siguientes motivos:
 - a. El plan de salud se retiró del mercado en su área de servicio.
 - b. El plan de salud dejó de ofrecer el plan de beneficios de salud correspondiente en su área de servicio.

Miembros actuales de Sharp Health Plan:

Puede recibir la continuidad de los servicios de atención en las siguientes situaciones:

1. Cuando ha cambiado su red de Sharp Health Plan.
2. Cuando su grupo médico, hospital o proveedor de atención de salud del plan ya no tienen contrato con Sharp Health Plan.

La continuidad de la atención puede proporcionarse cuando usted o un familiar se someten a un tratamiento de forma activa por las siguientes situaciones:

- (1) afección aguda; (2) afección crónica grave; (3) embarazo; (4) enfermedad terminal; (5) cirugía u otro procedimiento pendientes; (6) atención de un recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad.

Notas importantes: El proveedor de atención de salud que usted ha solicitado debe aceptar brindarle la continuidad de los servicios, sujeto a los mismos términos y condiciones del contrato y a tarifas de pago similares a las de otro proveedor de atención de salud similar que tenga contrato con Sharp Health Plan. Usted **no** es elegible para continuar con la cobertura de la atención en las siguientes situaciones:

- Es un miembro inscrito recientemente y tuvo la oportunidad de inscribirse en un plan de salud con una opción fuera de la red.
- Tuvo la oportunidad de continuar con su plan de salud anterior, pero optó, de forma voluntaria, por cambiar de plan de salud.
- Tiene una póliza individual, de Medicare, de CalChoice o de CCSB (Covered California para pequeñas empresas) y pudo elegir un plan que le permitió continuar con su proveedor de atención de salud.

Si desea solicitar la continuidad de los servicios de atención, complete este formulario. Le solicitamos que envíe un formulario por separado para cada proveedor. Devolveremos los formularios incompletos, y se retrasará el procesamiento de su solicitud.

Entregue su formulario completo en persona o envíelo por correo o fax:



Por correo o en persona:
Attention: Medical Management
8520 Tech Way, Suite 200
San Diego, CA 92123



Por fax:
Attention: Medical Management
(619) 740-8111

Información sobre el tratamiento del paciente

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):
(/ /)

Relación con el suscriptor: Usted Cónyuge Hijo Hija Otro (especifique)

Afección que se está tratando actualmente:

Tratamiento recibido para la afección:

Proveedor solicitado		
Nombre:		Especialidad:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono: ()	Fecha de la última consulta (MM/DD/AA): (/ /)	
¿Tiene una cita programada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de la cita? (MM/DD/AA): (/ /)	
¿Le realizaron alguna cirugía el último año o tiene alguna cirugía programada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, especifique la cirugía y la fecha (MM/DD/AA): (/ /)	
Fecha de parto prevista (si corresponde, MM/DD/AA): (/ /)	Hospital (si corresponde):	
Información sobre el plan y el suscriptor		
Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): (/ /)
Fecha de entrada en vigor de Sharp Health Plan (MM/DD/AA): (/ /)	Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono particular: ()	Nombre del seguro anterior:	
Empleador actual:	Número de teléfono del trabajo: ()	
¿A dónde podemos llamarlo?: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		

Continúa →

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Al completar este documento, autoriza la divulgación o el uso de su información de salud de identificación personal, tal como se establece anteriormente, de conformidad con las leyes federales y de California, en lo que respecta a la privacidad de dicha información. Si no se proporciona toda la información, esta autorización podría carecer de validez.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Por medio de la presente, autorizo a _____ (nombre del médico o el proveedor de atención de salud) a proporcionarle a Sharp Health Plan los registros médicos y la información sobre la historia clínica, la afección, los servicios prestados o el tratamiento de _____ (nombre del paciente).

Esta autorización se aplica a la siguiente información (marque un casillero solamente):

- Toda la información de salud, incluidos los diagnósticos, los proveedores, los tratamientos y los medicamentos.
- Solo información limitada.

Especifique el tipo de información:

Especifique el rango de fechas (del MM/DD/AA al MM/DD/AA):

En virtud de las leyes federales y estatales, debemos obtener una autorización específica para poder divulgar información de carácter muy confidencial. La información confidencial se define como el tratamiento o la documentación relacionados con los resultados de los análisis de VIH y sida, la atención psiquiátrica y el tratamiento por el consumo de drogas o alcohol. Intentaremos excluir automáticamente este tipo de información, a menos que usted indique específicamente que podemos divulgarla. Le solicitamos que marque el cuadro a continuación si autoriza a Sharp Health Plan a divulgar el total o una parte de la siguiente información confidencial.

También autorizo específicamente la divulgación de los siguientes tipos de información confidencial (marque todos los casilleros que correspondan):

- Atención psiquiátrica
- Tratamiento por abuso de sustancias
- Resultados de los análisis de VIH y sida

CADUCIDAD

Esta autorización caducará el (MM/DD/AA): (____ / ____ / ____)

Si no se selecciona ninguna fecha de caducidad, este documento permanecerá en vigor hasta que envíe una solicitud escrita para que se revoque la presente autorización.

Continúa →

AVISO DE DERECHOS Y OTRA INFORMACIÓN

- Me puedo negar a firmar esta autorización.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Sharp Health Plan. La revocación entrará en vigor en la fecha de recepción, pero no lo hará en los casos en los que otras partes hayan iniciado alguna acción basándose en esta autorización.
- Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Comprendo que Sharp Health Plan no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción ni la elegibilidad para mis beneficios si proporciono o me rehúso a proporcionar esta autorización, excepto en determinadas circunstancias que se describen en el Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Comprendo que la información divulgada en virtud de esta autorización podría volver a ser divulgada por el receptor y podría no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). No obstante, la legislación de California prohíbe a la persona que recibe mi información de la salud volver a divulgarla, a menos que me soliciten otra autorización para hacerlo o a menos que esa divulgación se solicite o esté permitida específicamente por ley.
- Puedo revisar u obtener una copia de la información de salud que yo haya autorizado para su uso o divulgación.
- Comprendo que Sharp Health Plan no podrá usar ni divulgar mi información de la salud personal (PHI) para otros fines que no sean los que se describen en este formulario, a menos que me soliciten otra autorización para hacerlo o a menos que esa divulgación se solicite o esté permitida específicamente por la ley.
- Por medio de la presente, libero a Sharp Health Plan de todo tipo de responsabilidad que pueda surgir como consecuencia de la divulgación de esta información a la parte que se especifica en este formulario.
- **Comprendo que la solicitud de beneficios de continuidad de la atención será revisada por Sharp Health Plan a través de su proceso de revisión de utilización correspondiente y habitual, y se administrará de conformidad con mi plan de beneficios de Sharp Health Plan. Recibiré una aprobación o una denegación de esta solicitud, por escrito, de parte de Sharp Health Plan. Comprendo que los servicios solicitados no están aprobados por Sharp Health Plan, a menos que me brinden una autorización específica por escrito. También comprendo que, si se denegara mi solicitud, tengo derecho a apelar dicha decisión.**

Nombre del paciente:

Firma del paciente:

Fecha (MM/DD/AA):

x

(/ /)

PARA USO INTERNO ÚNICAMENTE

Fecha de recepción (MM/DD/AA): (/ /)