



Formulario de consentimiento de servicios de Healthy Opportunities Pilot

Usted (el miembro de un plan de salud de Medicaid de Carolina del Norte) y/o su representante autorizado (por ejemplo, padre, madre, tutor u otro representante legalmente autorizado) deben completar este formulario con su Administrador de Cuidados de Salud (ubicados en su plan de salud o en el consultorio de su médico) o su Coordinador de Cuidados de Salud (ubicados en una Organización de Servicios Humanos). Después de explicarle el formulario, el Administrador de Cuidados de Salud o el Coordinador de Cuidados de Salud pueden completarlo por usted, si es necesario.

I. Información del miembro (* = obligatorio)

Nombre *

Apellido*

Número de identificación de Medicaid *

Fecha de nacimiento *

II. Información sobre el programa Healthy Opportunities Pilot

El Healthy Opportunities Pilot (HOP) es un programa ofrecido por Medicaid de Carolina del Norte. Si su plan de salud determina que usted es elegible para HOP, puede recibir beneficios adicionales que normalmente no están cubiertos por Medicaid. Estos beneficios serían gratuitos para usted e incluyen servicios no médicos que afectan la salud, como la alimentación, la vivienda, el transporte, la seguridad interpersonal (incluidos los servicios relacionados con la violencia en el hogar o en la comunidad) y los servicios relacionados con el estrés por abuso o trauma (incluidos los servicios relacionados con el estrés por abuso o trauma). Su elegibilidad para estos servicios y el uso que haga de ellos no tienen ninguna repercusión en su elegibilidad y cobertura de Medicaid.

III. Intercambio de información

Si usted es elegible para HOP, las organizaciones indicadas en este formulario tendrán que compartir parte de su información médica personal para asegurarse de que usted pueda recibir los servicios de HOP. El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para participar en HOP y permitir que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte y las organizaciones que prestan servicios de HOP envíen y reciban su información médica personal según se especifica en este formulario.

¿Qué información se va a compartir?

La información personal sobre su salud que puede ser compartida incluye: nombre, número de identificación de Medicaid, fecha de nacimiento, dirección, información de contacto, criterios de elegibilidad para servicios HOP, número de autorización para servicios HOP, servicios HOP recomendados y/o autorizados, y otra información personal. Sólo se compartirá con las organizaciones HOP la información mínima necesaria para llevar a cabo las funciones del programa identificadas en este formulario.



¿Qué organizaciones recibirán mi información y cómo se utilizará?

Las organizaciones HOP mencionadas a continuación accederán a su información médica personal y la compartirán de acuerdo con las siguientes condiciones del programa HOP:

- Su equipo de Administración de Cuidados de Salud/Coordinación de Cuidados de Salud para determinar su elegibilidad, recomendar servicios HOP y proporcionar Administración de Cuidados de Salud;
- Su plan de salud para autorizar su elegibilidad para HOP y pagar por los servicios de HOP;
- Organizaciones comunitarias participantes que le prestan servicios HOP y pueden ayudar a determinar su elegibilidad para HOP;
- El Healthy Opportunities Network Lead (administrador regional de Healthy Opportunities) para ayudar con la facturación de los servicios HOP y auditar las organizaciones que prestan servicios HOP;
- El Departamento para administrar y auditará el programa HOP;
- UNC Cecil G. Sheps Center for Health Services Research para evaluar el programa HOP; y Organizaciones dentro de la red NCCARE360 con el propósito de coordinar y proporcionar servicios HOP, sujeto a los requisitos de privacidad y seguridad de NCCARE360.

Entiendo la siguiente información sobre el programa Healthy Opportunities Pilot (HOP):

1. Tengo derecho a negarme a participar en el programa HOP y a que no se comparta mi información médica personal. Si no doy mi consentimiento para participar en el programa HOP y para que se comparta mi información médica personal, no recibiré los servicios cubiertos por el programa HOP. Mi Administrador de Cuidados de Salud/Coordinador de Cuidados de Salud trabajará conmigo para tratar de encontrar otros servicios comunitarios para satisfacer mis necesidades, pero los servicios ofrecidos fuera de HOP son sujetos a disponibilidad. Es posible que Medicaid de Carolina del Norte no cubra algunos servicios que no sean de HOP y que yo tenga que pagarlos. Mi administrador de cuidados de salud o coordinador de cuidados de salud trabajará conmigo para tratar de encontrar servicios que pueda costear.
2. Si decido no participar en HOP o revocar este consentimiento, tendré la opción de solicitar participar de nuevo en HOP, en cualquier momento si aún cumplo los requisitos para recibir los servicios.
3. En cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento para participar en HOP y/o para que se comparta mi información comunicándome con mi plan de salud o Administrador de Cuidados de Salud. Si revoco mi consentimiento, no se compartirá ninguna información adicional sobre mí y ya no podré recibir servicios HOP pagados por Medicaid. Sin embargo, comprendo que las declaraciones hechas de acuerdo con mi consentimiento previo no pueden ser revocadas y que



dicha información seguirá siendo utilizada para los fines permitidos para los cuales se hizo la declaración, tales como pago, auditoría o evaluación.

4. La revocación del consentimiento para participar en HOP no afectará mis derechos bajo mi Plan de Salud para recibir tratamiento, servicios o beneficios fuera del programa HOP. A menos que sea revocado, este consentimiento terminará el 31 de diciembre de 2026.

5. Una vez que haya dado consentimiento a compartir mi información médica personal, ésta puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad y confidencialidad y puede ser divulgada de nuevo por el que la recibe.

Al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento voluntario para participar en el programa HOP, si califico, y para que mi información sea compartida como se describe en este formulario. También doy mi consentimiento para que la información sobre los servicios HOP que recibo sea almacenada e intercambiada dentro de NCCARE360, para los fines descritos en este formulario de consentimiento. Además, al firmar este formulario, confirmo que lo he leído, o que me lo han leído, y entiendo que se pondrá una copia de este consentimiento firmado en NCCARE360 y que puedo solicitar una copia para mí.

Si el miembro o representante autorizado está completando este formulario en persona o electrónicamente, por favor firme y escriba la fecha a continuación.

[Redacted signature line]

Nombre de la persona que firma (miembro/representante autorizado)

[Redacted signature line]

Firma de miembro/representante autorizado

[Redacted date line]

Fecha

[Redacted relationship line]

Relación de la persona que firma con el miembro



Si el formulario está siendo completado y el consentimiento obtenido telefónicamente o virtualmente por el Administrador de Cuidados de Salud/Coordinador de Cuidados de Salud el Administrador de Cuidados de Salud o el Coordinador de Cuidados de Salud debe leer todo el formulario al Miembro/Representante autorizado y completar la información que aparece a continuación.

Firma del Administrador de Cuidados de Salud o del Coordinador de Cuidados de Salud (sólo debe utilizarse cuando el Administrador de Cuidados de Salud o el Coordinador de Cuidados de Salud obtengan el consentimiento verbal por teléfono o de forma virtual).

Yo, [redacted] (Nombre del Administrador o Coordinador de Cuidados de Salud), el [redacted] (Fecha) he leído y explicado la información proporcionada en este formulario al miembro o representante autorizado que se especifica a continuación. Más después de [redacted] (Mes/Día/Año) a [redacted] (Hora) el miembro o el representante autorizado especificado a continuación ha dado su consentimiento verbal para que el miembro participe en el programa Healthy Opportunities Pilot (HOP) y, si el miembro reúne los requisitos, para que se comparta su información tal y como se describe en este formulario.

He registrado con exactitud el consentimiento verbal que me ha proporcionado el miembro o representante autorizado especificado a continuación.

[redacted]	[redacted]	[redacted]
Firma del Administrador o Coordinador de Cuidados de Salud	Nombre de la organización	Fecha

[redacted]
Nombre de la persona que ha dado su consentimiento verbal (miembro/
representante autorizado)

[redacted]
Relación de la persona que ha dado su consentimiento verbal