



nh healthy families™

# Formularios

En este cuadernillo encontrará formularios importantes para determinados beneficios y servicios, ¡y algunos incluso le permiten ganar recompensas!\*



[NHhealthyfamilies.com](http://NHhealthyfamilies.com)

1-866-769-3085 • TDD/TTY: 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.

\*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.



### **Si tiene acceso a Internet:**

- Ingrese en [www-es.nhhealthyfamilies.com](http://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, My Health Pays®\*
- Consulte nuestra lista de médicos.
- Complete su Evaluación de riesgos para la salud con su PCP.



### **Si no tiene acceso a Internet:**

- Complete los formularios de este cuadernillo 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 prepaga My Health Pays®\* Visa®\*\*.
- Solicite nuestra lista de médicos de la red cerca de usted llamando al **1-866-769-3085**.

#### **FORMULARIOS PARA EL SOBRE AZUL:**

- *Aviso de embarazo (NOP)*

#### **ENVIAR A:**

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

#### **FORMULARIOS PARA EL SOBRE VERDE:**

- *Cambio de Proveedor de atención primaria (PCP)*
- *Ready for My Recovery*
- *Autorización para usar y divulgar información de salud*

#### **ENVIAR A:**

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

- 
- Complete los formularios de este paquete o conéctese a Internet para imprimirlos en [www-es.nhhealthyfamilies.com](http://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 [NHhealthyfamilies.com](http://NHhealthyfamilies.com).

\*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 es emitida por The Bancorp Bank, N.A., miembro de la FDIC, en virtud de una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no puede utilizarse en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa. Consulte el contrato del titular de la tarjeta para conocer todas las restricciones de uso.



# Evaluación de riesgos para la salud

Como nuevo(a) miembro, este formulario le ayudará a usted y a su médico de atención primaria (PCP) a determinar si hay algún servicio o herramienta de atención médica adicional que pueda necesitar. Si necesita ayuda para completar el formulario, consulte a su PCP o llámenos al **1-866-769-3085**. Recuerde, al completar este formulario y devolverlo a su PCP, permitirá un tratamiento óptimo de cualquier necesidad única de atención médica que pueda tener. Puede **ganar \$10\*** en recompensas de My Health Pays® trabajando con su PCP\*\* para completar su HRA.

## ¿Tiene preguntas?

- 📞 Llame al **1-866-769-3085**  
(TDD/TTY: 1-855-742-0123) o
- 🖱️ visite [NHhealthyfamilies.com](https://www.nhhealthyfamilies.com)

El formulario también está disponible en [NHhealthyfamilies.com](https://www.nhhealthyfamilies.com) en Recursos para miembros/Manuales y formularios para miembros.

\*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.

\*\*El PCP debe presentar una solicitud para completar la HRA y poder recibir la recompensa.



# Evaluación de riesgo a la salud



Complete todas las secciones que se apliquen a usted o a su familiar. Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a ver cómo podemos ayudarlo mejor a usted o a su familiar y no afectarán en modo alguno sus beneficios de Medicaid. Todas las respuestas son confidenciales.

## Información del miembro (\* indica que es una pregunta obligatoria)

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro:

Sí mismo  Madre  Padre  Abuelo/a  Padre/madre de acogida temporal  Hijo/a

Otra \_\_\_\_\_

\*Nombre del miembro (Apellido, nombre): \_\_\_\_\_

\*ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MMDDAAAA): \_\_\_\_\_

\*Género:  Femenino  Masculino Etnia:  Hispano o latino  No hispano ni latino

Raza (Indique hasta dos):

Negra/afroamericana  Indoamericana/nativa de Alaska  Blanca  Asiática

Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico  Desconocida/No especificada

\*Idioma hablado:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Idioma escrito:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

\*¿Cuál es el número de teléfono más adecuado para localizarlo? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de número de teléfono es?  Residencial  Celular  Otro \_\_\_\_\_

\*¿Dirección de correo electrónico más adecuada? \_\_\_\_\_

\*¿Cómo desea que nos pongamos en contacto con usted?  Teléfono  Correo  Correo electrónico

Mensaje de texto  Otro \_\_\_\_\_

\*¿Dónde vive?  Propietario/Alquilo  Refugio  Sin hogar  Me quedo en lo de un familiar/amigo

Otro \_\_\_\_\_

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

¿Se siente seguro en casa?  Sí, siempre  No estoy seguro  Sí, a veces  No  Elijo no responder

¿Tiene un medio de transporte fiable para acudir a las visitas médicas?  Siempre  A veces  Rara vez o nunca

¿Está recibiendo tratamiento para alguna de estas condiciones? (Marque todas las opciones que correspondan)

Trastorno cerebral adquirido  Asma  Cáncer  Diabetes  Enfermedad cardíaca  VIH/SIDA

Discapacidad intelectual o del desarrollo  Enfermedad pulmonar  Enfermedad de células falciformes (sin

rasgo)  Hepatitis  Condición física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones incontroladas)

Accidente cerebrovascular  Trasplante  Otro (explique) \_\_\_\_\_

¿Qué temas de salud le gustaría abordar más con su proveedor? \_\_\_\_\_

Solo para niños

Artritis juvenil     Problemas de desarrollo     Síndrome de abstinencia neonatal

¿Está tomando actualmente antibióticos intravenosos durante más de 3 semanas?     Sí     No

¿Entiende los medicamentos que le han recetado y cuándo debe tomarlos?     Sí     No

¿Encuentra obstáculos para tomar sus medicamentos según lo recetado?     Sí     No

¿Tiene dolores constantes?     Sí     No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nivel de intensidad del dolor en una escala del 1 al 10 (siendo 10 el más alto)

1     2     3     4     5     6     7     8     9     10

¿Alguna vez ha sufrido trauma o abuso? (p. ej., herida física, humillación o maltrato emocional por parte de otra persona)?

Sí     No

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

Sí     No

¿Con qué frecuencia en los últimos 3 meses le preocupó que se le acabaran los alimentos?

Siempre     A veces     Rara vez o nunca

Si completa este formulario por un niño, ¿participa su hijo/a en alguna de las siguientes actividades?

Apoyos y Servicios Tempranos Centrados en la Familia     Servicios Médicos Especiales     Socios en Salud  
 Ninguna

¿Está embarazada?     Sí     No     N/A

En caso afirmativo, ¿existen complicaciones en el embarazo (p. ej., diabetes, hipertensión o embarazo múltiple)?

Sí     No     N/A

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

embarazo?     Sí     No     N/A

¿Está recibiendo tratamiento para alguna de estas condiciones de consumo de sustancias o salud mental?  
(Marque todas las opciones que correspondan)

TDAH     Autismo     Trastorno bipolar     Depresión     Trastorno de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, otro)     Esquizofrenia     Enfermedad mental grave     Problemas de consumo de sustancias Solo para niños     Perturbación emocional grave

Otra \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas?     Sí     No     Elijo no responder

En caso afirmativo, ¿le ha dicho alguien que su consumo de alcohol es un problema?     Sí     No

Elijo no responder

¿Siente que necesita ayuda con el consumo de drogas o alcohol?     Sí     No     Elijo no responder

¿Consume actualmente drogas callejeras (como heroína, cocaína) u otras drogas que no sean recetadas?

Sí     No     Elijo no responder

¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿Fuma cigarrillos, consume tabaco sin humo o vapea?  Sí  No  Elijo no responder

¿Le gustaría hablar con alguien sobre cómo dejar de fumar?  Sí  No

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

En absoluto  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido abatido, deprimido o desesperanzado?

En absoluto  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos

los días En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o al límite?

En absoluto  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia no fue capaz de dejar de preocuparse o de controlar su preocupación?

En absoluto  Varios días  Más de la mitad de los días  Casi todos los días

¿Le gustaría hablar con alguien sobre los servicios de salud mental/consumo de sustancias?  Sí  No

¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades por sí mismo? Marque todas las opciones que correspondan.

Bañarse  Vestirse  Caminar  Comer  Ir al baño  Subirse y bajarse de la silla

Preparar las comidas  Administrar el dinero  Tomar los medicamentos según lo recetado

Realizar las tareas del hogar  Hacer compras de comestibles  No aplica debido a la edad del miembro

¿Es capaz de realizar las actividades en las que desea participar con suficiente energía?  Sí  No

¿Le gustaría hablar con su proveedor sobre cómo aumentar su capacidad para realizar actividad física?

Sí  No

¿Ha acudido a la sala de emergencias 3 veces o más en los últimos 3 meses?  Sí  No

¿Ha estado hospitalizado durante más de un período de 2 semanas en los últimos 3 meses?  Sí  No En

caso afirmativo, ¿fue para un recién nacido en la NICU (unidad de cuidados intensivos neonatales)?

Sí  No

¿Ha realizado un intento de suicidio en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿Ha salido de la cárcel o prisión en los últimos 6 meses?  Sí  No  Elijo no responder

¿Tiene problemas para conciliar o mantener el sueño?  Sí  No

¿Tiene problemas para mantenerse despierto durante el transcurso de un día normal?  Sí  No

¿Le gustaría que un administrador de cuidados se pusiera en contacto con usted para ayudarlo con sus problemas de salud, recursos comunitarios u otras preguntas o cuestiones?

Sí  No

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas. ¿Hay algo más que crea que deberíamos saber sobre usted, su hijo/a o su familia?







# Formulario de cambio

# Proveedor de atención primaria (PCP)

DEVOLVER EN EL SOBRE VERDE

NH Healthy Families le ofrece la opción de acceder a un proveedor de atención primaria (PCP) para ayudarlo(a) 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 programar una visita de rutina o encontrar un PCP cerca de usted, visite [NHhealthyfamilies.com](https://www.nhhealthyfamilies.com), o llame a Servicios para Miembros al **1-866-769-3085**.

## ¿Tiene preguntas?

- 📞 Llame al **1-866-769-3085**  
(TDD/TTY: 1-855-742-0123) o
- 🖱️ visite [NHhealthyfamilies.com](https://www.nhhealthyfamilies.com)





# 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 impresa 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).





# Formulario de notificación de embarazo

DEVOLVER EN EL SOBRE AZUL

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 **gane \$100\*** en su tarjeta prepaga My Health Pays\* Visa®. Complete el formulario de Aviso de embarazo entre las semanas 12 y 26 de embarazo y **gane \$50\***.

## ¿Tiene preguntas?

- 📞 Llame al **1-866-769-3085** (TDD/TTY: 1-855-742-0123) o
- 🌐 visite [NHhealthyfamilies.com](https://www.nhhealthyfamilies.com)



\*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 es emitida por The Bancorp Bank, N.A., miembro de la FDIC, en virtud de una licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta no puede utilizarse en todos los lugares donde se acepten tarjetas de débito Visa. Consulte el contrato del titular de la tarjeta para conocer todas las restricciones de uso.





Su nombre:\*

Su fecha de nacimiento:\* (mmdaaaa)

Su apellido:\*

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

- |   |   |
|---|---|
| ¿Tiene suficiente comida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | ¿Está sin hogar o vive en un refugio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                 |
| ¿Carece de acceso telefónico confiable? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | ¿Tiene problemas para acudir a sus visitas al médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Se siente insegura en su hogar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                      |

Enumere cualquier otra necesidad social que podría tener:

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







# Formulario de Ready for My Recovery

DEVOLVER EN EL SOBRE VERDE

Si desea comenzar un programa de recuperación por abuso de sustancias, queremos ayudarlo/a. Los miembros con problemas de abuso de sustancias que completen el formulario de Ready for My Recovery **recibirán una mochila de My Recovery Journey\*** llena de artículos y recursos que los ayudarán en su recuperación. Las recompensas de My Health Pays®\* se ofrecen a los miembros que participan en una recuperación continua del consumo de sustancias.

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

## ¿Tiene preguntas?

- 📞 Llame al **1-866-769-3085**  
(TDD/TTY: 1-855-742-0123) o
- 🖱️ visite [NHhealthyfamilies.com](https://www.nhhealthyfamilies.com)

RECIBA UNA  
MOCHILA DE  
MY RECOVERY  
JOURNEY\*

\*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.





# Formulario de Ready for My Recovery

Este formulario es confidencial.

Envíe su formulario completado y reciba una mochila de My Recovery Journey\*\* llena de artículos y recursos para apoyarlo/a en su recuperación del abuso de sustancias (no incluye consumo de tabaco/nicotina).

¿Cómo conoció este programa? Si es un proveedor, indique su nombre:

Información del/de la miembro

\* Campo obligatorio

Fecha de hoy: (mmddaaaa)

Su nombre:\*  Su fecha de nacimiento:\* (mmddaaaa)

Su apellido:\*

Dirección

postal:

Ciudad:  Estado:  Código postal:

Teléfono de la casa:  -  -  Teléfono celular:  -  -

Correo electrónico:

¿Cuál es el mejor momento para contactarlo/a?

¿Ha consumido recientemente sustancias (distintas de tabaco/nicotina) pero está preparado/a para dar el primer paso en su recuperación? Sí  No

**Si necesita ayuda inmediata con el consumo de sustancias, llame al 2-1-1.**

Complete este formulario y envíelo por correo electrónico a [R4R@centene.com](mailto:R4R@centene.com) o por correo postal a: 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.





# Autorización para usar y divulgar información de salud

DEVOLVER EN EL SOBRE VERDE

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.

## ¿Tiene preguntas?

- 📞 Llame al **1-866-769-3085**  
(TDD/TTY: 1-855-742-0123) o
- 🌐 visite [NHhealthyfamilies.com](https://www.nhhealthyfamilies.com)



## Autorización para usar y dar a conocer la información de salud

### 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) a que la dé a conocer a la persona o entidad que usted identifique en este formulario.
- No tiene que dar su permiso para usar o compartir su información de salud. Sus servicios y beneficios con NH Healthy Families no cambiarán si no presenta 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 los 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

### 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



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

**POR FAVOR, LEA LAS INSTRUCCIONES  
DETENIDAMENTE Y LLENE EL FORMULARIO  
SIGUIENTE. LOS FORMULARIOS  
INCOMPLETOS NO PUEDEN ACEPTARSE.**

1

**INFORMACIÓN DEL (LA) AFILIADO(A):**

Nombre del (la) afiliado(a) (*escriba con letra de molde*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_ Número de identificación del (la) afiliado(a): \_\_\_\_\_

2

**DOY A NH Healthy Families MI PERMISO PARA QUE USEN MI INFORMACIÓN DE SALUD PARA LOS  
PROPÓSITOS IDENTIFICADOS O PARA QUE DEN A CONOCER MI INFORMACIÓN DE SALUD A LA PERSONA O  
EL GRUPO NOMBRADO ABAJO. EL PROPÓSITO DE LA AUTORIZACIÓN ES** (*marque una de las opciones  
siguientes*):

- permitir a NH Healthy Families que me ayude con mis beneficios y servicios, **O**
- permitir a NH Healthy Families que use o dé a conocer mi información de salud para \_\_\_\_\_

3

**PERSONA O GRUPO QUE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN** (*añada más Personas o Grupos en la página siguiente*):

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4

**AUTORIZO A NH Healthy Families A QUE USE O DÉ A CONOCER LA INFORMACIÓN DE SALUD  
SIGUIENTE** (*NOTA: Seleccione la primera oración para permitir divulgar TODA la información de salud o seleccione la oración  
de abajo para permitir divulgar solamente ALGUNA de la información de salud. NO PUEDEN seleccionarse ambas.*)

- Toda mi información de salud, QUE INCLUYE:**  
Información, servicios o resultados de pruebas de genética; registros y datos de VIH/SIDA; registros y datos de salud mental (pero no las notas de psicoterapia); registros y datos de fármacos/medicamentos de venta con receta; y registros y datos de drogas y alcohol (por favor, especifique cualquier información de trastornos de consumo de sustancias que pueda darse a conocer);

- Toda mi información de salud, EXCEPTO** (*marque solamente los recuadros siguientes que sean relevantes*):

- Información, servicios o pruebas de genética
- Información y registros del VIH/SIDA
- Información y registros sobre el alcoholismo y la drogadicción
- Información y registros de salud mental (pero no las notas de psicoterapia)
- Información y registros de fármacos/medicamentos de venta con receta
- Otra: \_

5

**ESTA AUTORIZACIÓN TERMINA EN ESTA FECHA/EVENTO:** \_\_\_\_\_

*Fecha en que la autorización termina, a menos que se cancele. Si este campo se deja en blanco, la autorización vencerá en un año a partir de la fecha en que se firme este documento, abajo.*





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

-----  
**6** FIRMA DE (LA) AFILIADO(A) O SU REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**SI ES REPRESENTANTE LEGAL – Relación con el (la) afiliado(a):** \_\_\_\_\_ *Si es usted el (la) representante personal o legal del (la) afiliado(a), debe enviarnos copias de los formularios correspondientes, como poder legal u orden de tutoría.*

ENVÍE EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN LLENO Y TODO DOCUMENTO 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

### INDIVIDUO(S) O GRUPO(S) ADICIONAL(ES) QUE RECIBIRÁ(N) LA INFORMACIÓN:

NOTA: Si está autorizando el que se dé a conocer todo registro sobre el trastorno de consumo de sustancias a un receptor que no es ni un pagador tercero ni un proveedor, centro o programa de atención de la salud del que recibe servicios de un proveedor tratante, como por ejemplo de un intercambio de seguros de salud o una institución de investigación (en lo sucesivo llamada “la entidad receptora”), debe especificar el nombre de la persona o entidad de la que recibe los servicios de un proveedor tratante en esa entidad receptora, o sencillamente declare que sus registros del trastorno de consumo de sustancias pueden darse a conocer a sus proveedores tratantes, actuales y futuros, de esa 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: (    )    .

# Revocación de la Autorización para Divulgar la Información de Salud



Quiero cancelar o revocar la autorización que otorgué a New Hampshire Healthy Families para compartir mi información de salud con esta persona o grupo:

**NOMBRE (PERSONA O GRUPO):** \_\_\_\_\_

Nombre (persona o grupo): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de firma de autorización (en caso de conocerla): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO:

Nombre del Miembro (con letras de imprenta): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Núm. de ID del afiliado: \_\_\_\_\_

Tengo conocimiento de que la información sobre mi salud ya podría haberse compartido debido a la autorización que otorgué antes. También tengo conocimiento de que esta cancelación solo se aplica a la autorización que otorgué para compartir mi información de salud con esta persona o grupo. Esta no anula ningún otro formulario de autorización que haya firmado para compartir mi información de salud con otra persona o grupo.

**Información del Miembro:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*(Firma del Miembro o Representante Legal)*

Si es firmado por un representante personal, mencione su relación con el Miembro. En caso de ser firmado por el Miembro o por el representante personal del Miembro, describa la relación más abajo y envíe copias de estos formularios (poder legal o nombramiento como tutor legal).

New Hampshire Healthy Families dejará de compartir su información de salud después de recibir este formulario. Use la dirección postal que aparece a pie de página. También puede solicitar ayuda por teléfono al número que aparece más abajo.

NH Healthy Families  
2 Executive Park Drive  
Bedford, NH 03110-9983  
Bedford, NH 03110  
1-866-769-3085, (TDD/TTY 1-855-742-0123).  
[www.NHhealthyfamilies.com](http://www.NHhealthyfamilies.com)

