



Sobre el formulario de autorización de MEPS

Encuesta de Registro de Gastos Médicos

Preguntas acerca de **la participación** en la Encuesta de Registro de Gastos Médicos (MEPS, por sus siglas en inglés)

P. Ya le he dado esta información. ¿Por qué necesita comunicarse con mis proveedores de servicios de salud?

R. Nos comunicamos con los proveedores de servicios de salud para obtener más información acerca de los servicios de cuidado de la salud que se han recibido y de los medicamentos que se han recetado. Además, se les preguntará a los proveedores sobre el costo de sus servicios y si estos costos han sido pagados del propio bolsillo del paciente, de un seguro o de otra fuente. Sus respuestas complementan la información que usted nos ha dado y hacen que la información de MEPS sea más completa y más útil para los investigadores.

P. Mis proveedores están muy ocupados. ¿No es esto una molestia para ellos?

R. Su firma en un formulario de autorización simplemente le da a su médico, hospital o farmacia la oportunidad de participar en el estudio si así lo prefieren. Les permite decidir por sí mismos. Nuestra experiencia indica que la mayoría de los proveedores de servicios de salud desea participar en estudios importantes como MEPS. Normalmente, alguien del personal de la oficina puede darnos la información solicitada y el farmacéutico puede imprimir de la computadora un resumen de la información.

P. ¿Afectará esto los beneficios que recibo de Medicare, Medicaid, o de la Administración de Veteranos (VA), o cualquier otra asistencia pública que yo esté recibiendo?

R. No. El firmar o no firmar este formulario de autorización no afectará su derecho a beneficios de esos programas.

P. ¿Cómo se comunicarán ustedes con mi médico, hospital o farmacia?

R. Nos comunicaremos con la mayoría de los proveedores por teléfono. Típicamente, un empleado en el consultorio de su médico o en el hospital podrá darnos la información que solicitemos. Las farmacias frecuentemente tienen un método más simple—imprimen de la computadora un resumen de los medicamentos que se le han recetado.

P. ¿Cobraré mi médico (o farmacéutico) por el tiempo que le tomará participar en esta encuesta?

R. No. Si el médico, hospital o farmacia tiene como política el cobrar por la información que pedimos, MEPS pagará este cargo directamente.

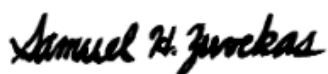
Como parte de la participación de su hogar en esta importante encuesta, MEPS solicita su autorización para contactar a los proveedores de servicios de salud de su familia para complementar la información que se nos ha dado durante la entrevista en persona. Con el fin de ponernos en contacto con los proveedores médicos y las farmacias que han usado miembros de su hogar, necesitamos que se firmen los formularios de autorización que aquí se adjuntan.

La información que recibamos de estos proveedores permitirá que los investigadores logren entender mejor cómo han sido satisfechas y pagadas las necesidades de servicios de salud de su familia. Por ejemplo, obtendremos información adicional sobre los servicios que han sido recibidos de proveedores médicos, de recetas compradas o repetidas de farmacias y de las fuentes que le ayudaron a pagar por sus servicios de salud.

Cualquier proveedor médico o farmacia tiene derecho a negarse a participar, al igual que usted. Sin embargo, nuestra experiencia ha demostrado que la gran mayoría de los médicos, hospitales, y farmacias están muy dispuestos a darnos esta información, siempre y cuando sepan que el paciente ha firmado un formulario de autorización.

Muchas gracias por apoyar a este esfuerzo importante de investigación.

Atentamente,



Samuel H. Zuvekas, Ph.D.

Director

Agencia de Financiación, Acceso y Tendencias de costos

Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud

Preguntas acerca de los formularios de **autorización**

P. ¿Cómo firmo los formularios de autorización?

R. Con el objetivo de incrementar la seguridad y reducir el uso de papel y el tiempo necesario para responder, ofrecemos dos opciones de firma electrónica de los formularios de MEPS.

Los miembros del hogar que estén presentes durante la entrevista pueden firmar sus formularios de manera electrónica en la computadora portátil.

DocuSign se puede usar para miembros del hogar que no estén presentes durante la entrevista. DocuSign es un método electrónico para firmar formularios y documentos a su conveniencia usando un smartphone, tableta o computadora. Si se ha determinado que es elegible para usar DocuSign, recibirá un correo electrónico o mensaje de texto con un enlace a sus formularios previamente completados automáticamente e instrucciones fáciles para firmar donde se indique. (Consulte las instrucciones del formulario de autorización de DocuSign.)

Se pueden firmar los formularios en papel si DocuSign no es una opción o si prefiere no firmar los formularios de autorización de manera electrónica. Si se deben firmar los formularios en papel por alguien que no estuviera presente durante la entrevista, su entrevistador programará una hora para regresar y recoger los formularios firmados. (Consulte las instrucciones del formulario de autorización en papel.)

P. ¿Con quién me comunico si tengo problemas técnicos para firmar el formulario?

R. Si tiene alguna pregunta acerca del formulario de autorización, comuníquese con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377) o por correo electrónico en AlexScott@westat.com.



*...la información que se da a MEPS está **protegida** por la Ley de Servicio de Salud Pública...*

P. ¿Cómo se protege mi firma después de firmar?

R. Hay medidas de seguridad integradas para mantener la confidencialidad de los datos y evitar el acceso no autorizado.

P. ¿Por qué tiene este formulario una fecha de vencimiento posterior al período de tiempo en el que ustedes están interesados?

R. Esto es solamente para darnos tiempo suficiente para comunicarnos con todos los proveedores de servicios de salud en esta encuesta. Estudios grandes como este toman tiempo.

Por favor, siga estas instrucciones mientras lee los formularios de autorización en papel y los firma usando tinta negra.

Apoderado (Líneas 6-9)

**AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION FROM MEDICAL AND BILLING RECORDS
MEDICAL EXPENDITURE PANEL SURVEY –
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

A. Provider Name: Holy Cross Hospital
Street Address: 415 N. Lexington Ave.
City: Lexington State: MO Zip: 20670
Telephone: (301) 555 - 6011
Area Code

B. I am voluntarily participating in the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), a study of health care use and expenses being conducted by the U.S. Department of Health and Human Services. I authorize and request that you provide the U.S. Department of Health and Human Services and its contractors with medical and financial information they request about all health services provided to me during the period January 1, 2024 to December 31, 2025. This authorization form covers any care I received at your facility during this period, including treatment for mental health, alcohol, drug abuse, STD, HIV, AIDS, or Sickle Cell Anemia. It also covers care I received during this period from any medical provider associated with your facility or who provided care to me in your facility.

I understand that the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)⁽¹⁾ prohibits you from releasing my information without my authorization. This form (or a photocopy of this form) gives you my authorization. I have signed this form voluntarily, with the understanding that my decision to sign or not to sign the form will have no effect on my eligibility for treatment, payment, enrollment, or eligibility for any benefits to which I am entitled.

I understand that the Department of Health and Human Services and its contractors will use this information to supplement the information I have already given for MEPS research on health care use and expenditures. I also understand that once my information is released to the study, it is no longer covered by HIPAA but is protected by the Privacy Act and Section 308(d) of the Public Health Service Act [42 U.S.C. 299c-3(c) and 42 U.S.C. 242m(d)]. The confidentiality of responses to this survey is protected by Section 944(c) of the Public Health Service Act. Information that could identify me will not be disclosed unless I have consented to that disclosure.

I authorize the study to use information I have given in the survey to help you identify my records. I also understand that I can revoke this authorization at any time by contacting a study representative in writing or by telephone, but that my revocation will not affect disclosures already made by a provider relying on my authorization. Otherwise, this authorization expires 30 months from the date of signature.

C. 1. Patient Name: Ellen F. McBride
2. Date of Birth 6 / 15 / 1957 3. Other Names Under Which Records May be Filed
Month Day Year Ellen Fitzhugh

D. 4. Ellen F. McBride 5. Date Signed 4/2/2025
Patient's Signature - 14 and over sign

IF PATIENT IS 14-17, BOTH PATIENT AND PARENT/GUARDIAN MUST SIGN AND DATE.

E. 6. _____ 7. Date Signed _____
Parent, Guardian, Witness or Proxy's Signature
8. _____ 9. Reason for Parent, Guardian, Witness or Proxy's Signature:
Signer's Relationship to Patient ☐ Patient 13 or Younger ☐ Patient Disabled/Institutionalized
☐ Patient 14-17 Years Old ☐ Patient Deceased

FIELD USE ONLY: RUID 29000017A PROVID 1001 PID 101 ROUND 3

(1) Health Insurance Portability and Accountability Act: 42 U.S.C. 1320d-2 and 1320d-4 and the implementing regulation, 45 CFR 164.508, require a detailed authorization for your health care provider to disclose health information from your records for research purposes.

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 3 minutes per response, the estimated time required to complete the survey. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. This information collection is voluntary. The data you provide will help AHRQ's mission to produce evidence to make health care safer, higher quality, more accessible, equitable, and affordable. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: AHRQ Reports Clearance Officer Attention: PRA, Paperwork Reduction Project (OMB control number 0935-0118) AHRQ, 5600 Fishers Lane, Room #07W42, Rockville, MD 20857, or by email at REPORTSCLEARANCEOFFICER@ahrq.hhs.gov.

Instrucciones del formulario de autorización de DocuSign

Siga estas instrucciones para firmar formularios de autorización en DocuSign. El enlace a su(s) formulario(s) de autorización se enviará por correo electrónico y/o mensaje de texto. Para mensajes de texto, primero responda al texto de DocuSign confirmando que está dispuesto a recibir enlaces a formularios por mensaje de texto.

A

- ▶ Marque la casilla a lado del botón que dice “I agree to use electronic records and signatures” y haga clic en el botón “Continue”.
- ▶ Haga clic en el botón “Start” para leer los formularios.
- ▶ En la Sección A, verifique la información del formulario, incluido el nombre y la dirección del hospital, farmacia u otro proveedor. Comuníquese con Alex Scott al 1-800-945-MEPS (6377) con cualquier cambio.

B

- ▶ Lea la Sección B.

C

- ▶ Verifique el nombre, la fecha de nacimiento del paciente y los nombres alternativos/ errores de escritura.

Si alguna información es incorrecta, marque “To skip this form, check this box” en la parte inferior de la página.

D y E

- ▶ Haga clic en el botón “Sign” en la sección resaltada.
- ▶ Confirme su nombre completo legal e iniciales o firme su nombre bajo la opción “Draw”.
- ▶ Haga clic en el botón “Adopt and Sign”.
- ▶ Cuando haya firmado todos los formularios, haga clic en el botón “Finish”.

Please review the documents below.

START

**AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION FROM PHARMACIES AND PHARMACY RECORDS
MEDICAL EXPENDITURE PANEL SURVEY –
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES**

A. Provider Name: CVS HEALTH
Street Address: 550 AZALEA DR
City: ROCKVILLE State: MD Zip: 20850
Telephone: (301) 512-5994

B. I am voluntarily participating in the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), a study of health care use and expenses being conducted by the U.S. Department of Health and Human Services. I authorize and request that you provide the U.S. Department of Health and Human Services and its contractors with the medical and financial information they request about prescriptions filled or refilled for my use during the period January 1, 2021 to December 31, 2021. This authorization form applies to any and all prescribed medicines received by me during this period, including medicines prescribed for the treatment of mental health, alcohol, drug abuse, STD, HIV, AIDS, or Sickle Cell Anemia.

I understand that the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)⁽¹⁾ prohibits you from releasing my information without my authorization. This form (or a photocopy of this form) gives you my authorization. I have signed this form voluntarily, with the understanding that my decision to sign or not to sign the form will have no effect on my eligibility for treatment, payment, enrollment, or eligibility for any benefits to which I am entitled.

I understand that the Department of Health and Human Services and its contractors will use this information to supplement the information I have already given for MEPS research on health care use and expenditures. I also understand that once my information is released to the study, it is no longer covered by HIPAA but is protected by Sections 944(c) and 308(d) of the Public Health Service Act [42 U.S.C. 299c-3(c) and 42 U.S.C. 242m(d)], which provide that information that could identify me will not be disclosed unless I have consented to that disclosure.

I authorize the study to use information I have given in the survey to help you identify my records. I also understand that I can revoke this authorization at any time by contacting a study representative in writing or by telephone, but that my revocation will not affect disclosures already made by a provider relying on my authorization. Otherwise, this authorization expires 30 months from the date of signature.

C. 1. Patient Name Jason Pilar 3. Other Names Under Which Records May Be Filed _____
2. Date of Birth 5/27/1981

Next

☐ To skip this form, check this box.

Sign

D. 4.  5. Date Signed 10/6/2021
Patient's Signature - 14 and over sign

IF PATIENT IS 14-17, BOTH PATIENT AND PARENT/GUARDIAN MUST SIGN AND DATE.

E. 6. Parent, Guardian, Witness or Proxy's Signature 7. Date Signed _____
8. Signer's Relationship to Patient 9. Reason for Parent, Guardian, Witness or Proxy's Signature:
☐ Patient 13 or Younger ☐ Patient Disabled
☐ Patient 14-17 Years Old ☐ Patient Deceased

Adopt Your Signature

Confirm your name, initials, and signature.
* Required

Full Name* Jason Pilar Initials* JP

SELECT STYLE **DRAW** **UPLOAD**

PREVIEW [Change Style](#)

DocuSigned by:
Jason Pilar  **DS**
93301F80DB614DA...

By selecting Adopt and Sign, I agree that the signature and initials will be the electronic representation of my signature and initials for all purposes when I (or my agent) use them on documents, including legally binding contracts - just the same as a pen-and-paper signature or initial.

ADOPT AND SIGN **CANCEL**

Ready to Finish?
You've completed the required fields. Review your work, then select **FINISH**.

FINISH

Instrucciones especiales para padres o tutores de un adolescentes entre 14 y 17 años de edad:

El padre, madre o tutor que firme los formularios recibirá formularios de autorización para el adolescente en la información de contacto ya anotada, correspondiente a esa persona. Se enviarán dos mensajes de correo electrónico al padre, madre o tutor (uno para al padre, madre o tutor, y uno para el adolescente). Únicamente debe firmar los formularios la persona mencionada en la primera página del archivo de formulario de autorización de DocuSign.

Si tiene alguna pregunta o problema técnico, comuníquese con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377) o por correo electrónico en AlexScott@westat.com.

▶ Los formularios DocuSign se enviarán a: _____

La confidencialidad es nuestra prioridad

P. ¿Quién debe firmar los formularios de autorización?

R. Los formularios de autorización para adultos deben ser firmados por la persona que recibió los servicios del proveedor o de la farmacia y cuyo nombre aparece en la Sección A del formulario de autorización. Para adolescentes entre 14 y 17 años de edad, deben firmar el formulario tanto el adolescente que recibió los servicios como su padre, madre o tutor. En el caso de niños menores de 13 años, únicamente su padre, madre o tutor debe firmar el formulario de autorización.

P. ¿Qué pasa si cambio de opinión?

R. Usted puede retirar su autorización en cualquier momento comunicándose con el estudio MEPS. Usted puede contactarse con el estudio por teléfono llamando al 1-800-945-MEPS (6377). Puede contactarse con el estudio por correo en la dirección siguiente:

Medical Expenditure Panel Survey
ATTN: Alex Scott
c/o Westat
7501 Wisconsin Avenue, Room GA-W10
Bethesda, MD 20814

Si usted decide retirar su autorización, cesaremos cualquier esfuerzo para comunicarnos con ese proveedor. Si el proveedor ya nos ha dado información sobre usted, borraremos esa información de los registros del estudio —a menos que ya se haya incluido en los archivos de la investigación, en los cuales a usted no se le puede identificar.

P. ¿Por qué necesitan este formulario?

R. Sus proveedores médicos no pueden divulgar información sobre usted a un estudio como MEPS sin su autorización por escrito. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud, o HIPAA, por sus siglas en inglés, establece pautas para los formularios de autorización que necesitan ser firmados para permitir que un proveedor divulgue información sobre servicios de salud. El formulario de autorización de MEPS sigue estas pautas.

P. ¿Cómo protegerán mi información?

R. Esta encuesta está autorizada por el Título 42, artículo 299a del Código de Estados Unidos [42 U.S.C. 299a]. Al igual que la información que usted ya ha dado al entrevistador de MEPS, toda la información que nos dé su proveedor médico estará protegida por la Ley de Privacidad y el artículo 308(d) de la Ley del Servicio de Salud Pública [42 U.S.C. 299c-3(c) y 42 U.S.C. 242m(d)]. Protege la confidencialidad de las respuestas a esta encuesta el artículo 944(c) de la Ley del Servicio de Salud Pública. No se divulgará información que le pudiera identificar a usted salvo que usted haya dado su consentimiento a tal divulgación.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) crea protección adicional para la información personal de salud que tienen los proveedores médicos y las farmacias. Sin embargo, la protección de HIPAA finaliza cuando la información se da a conocer a otros. Cuando se da a conocer la información a MEPS, los requisitos de la Ley del Servicio de Salud Pública continúan asegurando la confidencialidad.

Esta información es fundamental para comprender cómo usamos y pagamos el cuidado de salud en Estados Unidos.



Protección *de* su información médica personal

P. ¿Qué información sobre mí le dará usted a mi médico (o farmacéutico)?

R. Para que el personal médico y de la farmacia identifique sus archivos, le daremos su nombre, fecha de nacimiento y el formulario de autorización firmado. Le daremos también otra información tal como su dirección o el nombre del asegurado de su seguro médico si es necesario para ayudar al médico u hospital a identificar los archivos correctamente.

P. ¿Por qué necesita comunicarse con mi siquiatra? Esa información es demasiado personal.

R. Si ellos deciden participar en este estudio, a los siquiatras al igual que a los demás médicos, se les hará preguntas sobre los costos, fechas, diagnósticos y tipos de servicios que han prestado. No se les harán preguntas sobre los detalles del tratamiento.

P. Mis hijos me han aconsejado que no firme nada. ¿Por qué tengo que firmar?

R. Una parte muy importante de esta encuesta está dirigida a entender las necesidades de atención de la salud que tienen las personas de mayor edad en Estados Unidos. Muchos grupos de investigación usan los resultados de esta encuesta en su empeño por mejorar el acceso que las personas mayores tienen a la atención médica. Nosotros comprendemos que sus hijos solamente quieren protegerle. Si ellos tienen alguna inquietud en particular que nosotros podamos atender, el entrevistador con mucho gusto hablará con ellos o pueden llamar a Alex Scott al teléfono gratis 1-800-945-MEPS (6377).

Grupos de investigación usan los resultados de esta encuesta en su empeño por mejorar el acceso a la atención médica que tienen las personas de mayor edad, los veteranos, los grupos minoritarios y los niños.

MEPS
Encuesta de Registro de Gastos Médicos

Si usted desea hacer alguna pregunta sobre cómo llenar estos formularios, por favor llame a Alex Scott, un representante de esta encuesta, al número gratis:

1-800-945-MEPS (6377)

