

# AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

This box to be completed by SP-DDSD (Internal use only)

Los expedientes de quién se revelarán:

Nombre—Nombre de pila	Inicial	Apellido	Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
-----------------------	---------	----------	-------------------------	-----------------------------------

**POR FAVOR, LEA AMBAS PÁGINAS DEL FORMULARIO ENTERO, ANTES DE FIRMAR.**

Yo, autorizo y solicito voluntariamente la revelación (incluyendo el intercambio en papel, verbal y electrónico):

**DE QUÉ:** Todos mis expedientes médicos; además mis expedientes educativos y demás información relacionada con mi capacidad de desempeñar tareas. Esto incluye el permiso específico para revelar:

- Todos los expedientes y demás información con respecto a mi tratamiento, hospitalización y atención en calidad de paciente ambulante, para mi(s) incapacidad(es), incluyendo, y no limitándose a:
  - Incapacidad(es) psicológica(s), psiquiátrica(s) u otra(s) incapacidad(es) mental(es) (excluyendo las “notas de psicoterapia”, según se definen en el 45 CFR 164.501)
  - Drogadicción, alcoholismo u el abuso de otras sustancias
  - Anemia de drepanocito (*Sickle cell anemia*)
  - Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA] o pruebas para el VIH) o enfermedades transmitidas sexualmente
  - Resultados de pruebas genéticas
- Información sobre cómo mi(s) incapacidad(es) afecta(n) mi capacidad para completar tareas y actividades de la vida diaria, o afecta(n) mi capacidad para trabajar.
- Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluyendo Programas Educativos Individualizados (*Individualized Educational Programs*), evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas o del habla, y cualesquier otros expedientes que pueden ayudar a evaluar la función; además, las observaciones y evaluaciones de los maestros.
- No únicamente la información pasada, sino también la información creada en un período de 12 meses, después de la fecha de que se firme esta autorización.

## DE QUIÉN(ES):

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, médicos, psicólogos, laboratorios, etc.) incluyendo establecimientos de salud mental
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, administradores de expedientes, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Examinadores asesores utilizados por Programas Estatales—División de Servicios de Determinación de Incapacidades (*State Programs—Disability Determination Service Division [SP—DDSD]*)
- Empleadores
- Otras personas que podrían conocer lo referente a su condición (familiares, vecinos, amigos)

**A QUIÉN(ES):** El Departamento de Servicios Sociales del Estado de California (California Department of Social Services [CDSS]) o el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services [DHCS]) con el fin de determinar si reúno los requisitos para recibir beneficios de incapacidad, incluyendo los servicios por contrato, utilizados para duplicar los expedientes, y médicos u otros profesionales a los que se consultaron durante el proceso para tomar la determinación.

**PROPÓSITO:** El determinar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluyendo el considerar el efecto combinado de cualesquier incapacidades que, por sí solas, no cumplirían con la definición de incapacidad de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

**CUÁNDO CADUCA:** Esta autorización es válida por un período de 12 meses, a partir de la fecha en que se firme.

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electrónica o de fax) de este formulario, para la revelación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que existen algunas circunstancias cuando esta información podría volver a revelarse a otras partes interesadas (vea la página 2 para detalles).
- Excepto para medidas que ya se hayan tomado, puedo escribir a la División de Servicios de Determinación de Incapacidades y mis fuentes, para revocar esta autorización en cualquier momento (vea la página 2 para detalles).
- Tengo derecho a una copia de este formulario, si la pido; además, tengo derecho a pedirle a la fuente que me deje inspeccionar u obtener una copia del material que se revelará.
- He leído ambas páginas de este formulario, y estoy de acuerdo en la revelación anterior, de los tipos de fuentes enumeradas.**

## PERSONA que autoriza la revelación

Firma	Fecha	SÓLO PARA SERVICIOS DE CONSENTIMIENTO DE MENORES <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-------	-------	---

Si no firma la persona sobre quien es la revelación, especifique la base de la autoridad para firmar

Padre/Madre del menor  Tutor(a) legal  Otro(a) representante personal (explique la relación con la persona, y la razón por la cuál ésta no puede firmar.)

NOTA: LOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, QUE PODRÍAN DAR SU CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS, BAJO EL CÓDIGO DE FAMILIA, TIENEN QUE FIRMAR UNA REVELACIÓN. ADEMÁS, EL PADRE/LA MADRE O TUTOR(A) LEGAL DE CADA MENOR TIENE QUE FIRMAR UNA REVELACIÓN POR SEPARADO, EN AQUELLOS CASOS QUE INVOLUCRAN EL CONSENTIMIENTO DE MENORES SOLAMENTE. (VEA LA EXPLICACIÓN EN EL REVERSO.)

**TESTIGO: Yo conozco a la persona que firma este formulario, y estoy satisfecho(a) con la identidad de esta persona. (Se requiere para las firmas con una “X”, ilegibles o de símbolos extranjeros)**

Firma	Fecha
Dirección residencial (número, calle)	Ciudad
	Estado
	Zona postal

Esta autorización general y especial para revelar información se ha elaborado para cumplir con las disposiciones con respecto a la revelación de información médica y otra información, conforme a: La Sección 262 (a) de la Ley de Responsabilidad y Transmisión de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act), la Sección 1320d–1320d-8 (CFR 45 Parte 164) del Código de los Estados Unidos 42; la Sección 290dd-2 (CFR 42 parte 2) del Código de los Estados Unidos 42; la Sección 7332 del Código de los Estados Unidos 38; la Sección 1232g (CFR 34 Partes 99 y 300) del Código de los Estados Unidos 20; y la ley estatal, incluyendo la Sección 56.10(b) del Código Civil, las Secciones 10850 y 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Pública y las Secciones 1798–1798.78 del Código Civil.

**NO CAMBIE ESTE FORMULARIO**

## **Explicación del Formulario MC 220 AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

**Necesitamos su autorización por escrito, para ayudarle a obtener la información que se requiere para tramitar su solicitud de incapacidad. Las leyes y regulaciones exigen que las fuentes tengan una autorización, antes de revelarnos información. Además, las leyes exigen la autorización para la revelación de información sobre ciertas condiciones, así como de fuentes educativas.**

Usted puede proporcionar esta autorización, firmando un formulario MC 220. La ley federal permite que las fuentes con información sobre usted revelen esa información, si usted firma una sola autorización, para revelar toda su información, de todas sus posibles fuentes. Si usted firma esa sola autorización, haremos copias de la misma, para cada fuente con la que nos comuniquemos para obtener su información. Si por cualquier razón, necesitamos autorizaciones adicionales, nos comunicaremos con usted.

La razón por la que necesitamos que los menores de 12 años de edad y mayores firmen una autorización, además de la autorización firmada por el padre/la madre/tutor(a) legal, es que puede existir una relación confidencial entre médico y paciente entre un(a) niño(a) y su médico, en base a las Secciones 6920-6929, del Código de Familia, bajo ciertas circunstancias, una vez que el/la niño(a) cumpla los 12 años de edad. La *HIPAA* autoriza la revelación, confiando en la autorización de un(a) menor no emancipado(a), cuando otra disposición de ley le permite al/a la menor autorizar el tratamiento o atención descritos en los documentos que se revelarán. [45 CFR § 164.502(g)(3).] Por consecuencia, es posible que sea necesario obtener el consentimiento del/de la niño(a), en lugar de, o además del consentimiento de uno de los padres, a fin de obtener acceso a la información necesaria.

Usted tiene derecho a revocar o modificar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una acción ya haya ocurrido. Para hacerlo, envíe una declaración por escrito a Programas Estatales - División de Servicios de Determinación de Incapacidades, dirigida a: Especialista en Relaciones Profesionales. Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes de información, indicándoles que ya no desea revelar información sobre usted. El Departamento de Servicios Sociales de California puede indicarle si identificamos algunas fuentes que usted originalmente no nos indicó. Según se describe a continuación, la revocación o la modificación podría resultar en la pérdida de beneficios.

### **INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUYENDO LA NOTIFICACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE PRÁCTICAS SOBRE LA INFORMACIÓN**

Toda la información personal que el *CDSS* recopile está protegida por la Ley de 1977 de Prácticas sobre la Información. Además, la información producida o conservada por parte del *CDSS* o del *DHCS*, en conexión con el programa de Medi-Cal está protegida por la Sección 14100.2, del Código de Instituciones y Asistencia Pública de California; y la Sección 1396a(a)(7), del Código de los Estados Unidos (*USC*), del Título 42. El *CDSS* retiene la información conforme a los horarios de retención prescritos por el departamento.

El *CDSS* está autorizado para recopilar la información, actuando conforme a un acuerdo con el *DHCS*, en este formulario, bajo la Sección 14011, del Código de Instituciones y Asistencia Pública de California y las regulaciones en el Título 22, del Código de Regulaciones de California (*CCR*). La información en este formulario se necesita para tomar una decisión acerca de la solicitud del/de la solicitante o beneficiario(a) nombrado(a) para, o la elegibilidad continua para Medi-Cal, en base a una incapacidad. Aunque el darnos la información en este formulario es voluntario, el no proveer toda, o parte de la información solicitada podría evitar una decisión precisa u oportuna sobre la solicitud del/de la solicitante nombrado(a), o sobre la continuación de beneficios. Aunque la información que se obtenga con este formulario no se utiliza típicamente, para ningún otro fin que no sea el tomar una determinación de la condición de incapacidad del/de la solicitante, el *CDSS* o el *DHCS* puede revelar dicha información, por razones relacionadas a la administración del Programa de Medi-Cal, como por ejemplo, pero no necesariamente limitándose a: (1) permitirle a una tercera parte o dependencia que ayude al *CDSS* o al *DHCS* a establecer los derechos a recibir beneficios de Medi-Cal, (2) facilitar estudios estadísticos, actividades de auditorías e investigaciones/programas sobre el fraude y el abuso, necesarios para garantizar la integridad y mejora del Programa de Medi-Cal, y (3) en procesos administrativos y procesos legales relacionados, que involucren su apelación de una decisión del Programa de Medi-Cal. Una persona tiene derecho a tener acceso a los expedientes que contengan su información personal, que el *CDSS* mantiene. El/la funcionario(a) responsable de mantener la información es el Director Suplente de la División de Servicios de Determinación de Incapacidades, 744 P Street, Sacramento, CA 95814, (916) 657-2265.

### **ATENCIÓN SOLICITANTES/BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE AYUDA EN EFECTIVO PARA LOS INMIGRANTES ANCIANOS, CIEGOS O INCAPACITADOS (CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR AGED, BLIND OR DISABLED IMMIGRANTS - CAPI)**

En los casos del *CAPI*, además de la protección brindada a los expedientes personales por parte de la Ley de Prácticas sobre la Información, según se trató anteriormente, los documentos y la información recopilados, en base a esta autorización, están sujetos a la protección acordada por la Sección 10850 y las que siguen, del Código de Instituciones y Asistencia Pública, pero que no las estipulan la Sección 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Pública u otras disposiciones pertinentes al Programa de Medi-Cal. En general, la Sección 10850 prohíbe la revelación de listas de beneficiarios sobre servicios sociales públicos que no son médicos, como por ejemplo el *CAPI*, u otra información que identifique o información personal, para cualquier fin que no esté conectado con la administración del *CAPI*. La ley autoriza el uso de los expedientes, en conexión con la investigación, auditoría, y en procesos administrativos, civiles y criminales conectados con la administración del programa de *CAPI*. Además, la ley autoriza el compartimiento de dicha información con otras dependencias públicas, para los fines de determinar la elegibilidad para, y otros fines concertados con la administración de servicios sociales públicos, y con funcionarios de escuelas, para fines de administrar programas de asistencia federal, que proveen asistencia en efectivo o servicios semejantes, directamente a las personas, en base a su necesidad. Además, la ley autoriza la revelación de información para fines investigativos, siempre y cuando la información que indentifique a la persona de quien son los expedientes, se extraiga de los expedientes. Además, existe la posibilidad de revelación, conforme a una orden de un tribunal de jurisdicción competente. Sin embargo, en realidad, las clases de expedientes que se recopilan realmente para el programa de *CAPI*, en base a esta autorización, probablemente se utilicen exclusivamente para determinar la incapacidad, excepto cuando un tribunal ordene la revelación para otros fines.