

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCFI): NO AB 133¹ (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)
---------------	----------------	----------	---------------------	---

El “Formulario ASCMI: La autorización “No AB 133” puede utilizarse para autorizar el intercambio de datos de personas residentes en California que no cumplen los criterios para utilizar el formulario ASCMI: AB 133. Esto incluye a todas las personas que:

1. No están inscritas en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal.
2. No reciben servicios de salud conductual bajo Medi-Cal.
3. No están involucradas en el sistema legal penal que califiquen para los beneficios de Medi-Cal previos a la liberación.

_____ quiere ayudarle a coordinar sus servicios de salud y sociales para que pueda vivir una vida más saludable. Su socio de atención puede pedirle que firme el formulario cuando necesite su consentimiento para compartir su información con otras personas u organizaciones de las que recibe atención o servicios. Este formulario no tiene como objetivo autorizar la divulgación general de su información cuando no sea necesaria para coordinar su atención médica. A continuación encontrará más detalles sobre la finalidad del intercambio de información y quién puede compartir y recibir su información.

Este formulario ASCMI:

- » Le explicara qué información sobre usted puede compartirse para ayudar a coordinar su atención médica.
- » Le explicará cómo se puede compartir y utilizar su información.
- » Solicitará su permiso para compartir ciertos tipos de su información. Los tipos de información se enumeran en la Sección 1.3 del Formulario ASCMI.

¹ AB 133 se refiere al Proyecto de Ley 133 de la Asamblea de California.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCM): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)
---------------	----------------	----------	---------------------	---

Información del cliente

Nombre del Cliente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Dirección postal, ciudad/estado, código postal²: _____

Dirección residencial, ciudad/estado, código postal (opcional): _____

Número de teléfono (opcional): _____

Dirección de correo electrónico (opcional): _____

¿Autoriza usted a sus socios de atención a contactarle por mensaje de texto o llamada telefónica? Su socio de atención podría ponerse en contacto con usted para hablar sobre sus opciones de consentimiento y para informarle si su consentimiento ha caducado.³ Marque la casilla con su elección a continuación:

Sí (Debe proporcionar su número de teléfono arriba)

Mensaje de texto y llamada telefónica Solo texto Solo llamada telefónica

No

Información para socios de atención

Esto debe ser completado por el socio de atención obteniendo el consentimiento del cliente mencionado anteriormente para divulgar su información.

Nombre del socio de atención: _____

Nombre de la organización: _____

Número de Identificación Nacional del Proveedor (NPI) (según corresponda): _____

Número de Identificación Fiscal (TIN): _____

Número de teléfono: _____ Número de fax (opcional): _____

Dirección postal, ciudad/estado, código postal: _____

² Puede ser cualquier dirección donde pueda recibir correo, incluyendo la dirección de un amigo, refugio o familiar.

³ Esto puede generar cargos a su teléfono celular.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCM): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)

Sección 1: Información general sobre cómo compartimos su información personal

1.1 Finalidad del intercambio de información

Su información personal, que se detalla en la Sección 1.3 a continuación, podrá ser compartida por diversos motivos, entre ellos:

- » Coordinar su atención médica. Por ejemplo, ayudarle a programar una cita, ayudarle a solicitar ayuda para la vivienda o ayudarle a encontrar un terapeuta.
- » Brindarle tratamiento y servicios médicos, dentales, de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias.
- » Obtener el reembolso de su compañía de seguros por el tratamiento y los servicios que se le han proporcionado.
- » Conectarle con programas, servicios y recursos que pueden ayudarle a mejorar su salud y bienestar.
- » Recopilar información para que _____ pueda ayudar a mejorar la atención que usted está recibiendo.

1.2 ¿Quién puede compartir y recibir su información?

Los socios de atención pueden compartir su información. Los socios de atención son proveedores y organizaciones que usted ha consultado antes, está consultando ahora o podría consultar en el futuro. Estos socios de atención pueden incluir:

- » Proveedores de atención médica, incluidos los proveedores de atención primaria y los proveedores de salud mental.
- » Proveedores de servicios para trastornos por consumo de sustancias, como programas de tratamiento de opioides y programas de tratamiento residencial.
- » Organizaciones comunitarias y proveedores de servicios para personas sin hogar.
- » Planes de seguro médico, incluidos los planes de atención administrada de Medi-Cal y los planes de salud conductual.
- » Agencias de salud y servicios humanos del condado.
- » Organizaciones calificadas de información de salud.
- » Agencias estatales de salud y servicios humanos.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCM): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)

1.3 Tipos de información

¿Qué tipo de información requiere su consentimiento para ser compartida?

Existen ciertos tipos de información que puede elegir compartir o no compartir:

- » Información sobre trastornos por consumo de sustancias protegida por la Parte 2 del Título 42 del CFR.
- » Información sobre salud mental.
- » Información sobre discapacidad intelectual y del desarrollo.
- » Resultados de la prueba del VIH.
- » Resultados de pruebas genéticas.
- » Información sobre su vivienda, incluyendo su situación de vivienda, historial y ayudas recibidas.

En la sección 2.1 de este formulario encontrará más información sobre cada tipo de información enumerada anteriormente. Puede elegir si da o no su consentimiento para compartir este tipo de información. Al dar su consentimiento, usted autoriza la divulgación de esta información.

Algunos de sus socios de atención pueden usar y compartir parte de su información de salud y servicios sociales sin su consentimiento para:

- » Tratarle.
- » Recibir el pago por los servicios.
- » Gestionar su organización y coordinar su atención.

¿Qué tipo de información se puede compartir sin su consentimiento?

- » Información médica y sobre salud mental (véanse las excepciones a continuación).
- » Información sobre trastornos por consumo de sustancias que no está protegida por la ley federal 42 CFR Parte 2.
- » Información del seguro médico.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCMI): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)
---------------	----------------	----------	---------------------	---

Sección 2: Solicitud de su permiso

2.1 Permisos especiales

Se le solicitan seis permisos especiales:

1. Información sobre trastornos por consumo de sustancias
2. Información personal relacionada con la vivienda
3. Información sobre salud mental
4. Información sobre discapacidad intelectual y del desarrollo
5. Resultados de la prueba del VIH
6. Resultados de pruebas genéticas

Seleccione “Sí” o “No / No se aplica a mí” para cada permiso especial

Seleccionar “Sí” o “No / No se aplica a mí” es su elección. Incluso si selecciona “No” en el formulario, esto no cambiará su elegibilidad para beneficios ni su capacidad para recibir atención médica o servicios.

- » Si selecciona “No / No se aplica a mí” en el formulario, sus socios de atención no compartirán la información para la que haya seleccionado “No” o “No se aplica a mí”.
 - Si decide no firmar el formulario, sus socios de atención no compartirán la información descrita en esta sección.
- » Si selecciona “Sí” en el formulario, sus socios de atención podrán compartir información importante sobre usted que les ayudará a coordinar su atención. También les ayudará a conectarle más fácilmente con otros servicios.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCM): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)
---------------	----------------	----------	---------------------	---

1. Información sobre trastornos por consumo de sustancias

- » Parte de la información sobre el consumo de sustancias está protegida por la ley federal 42 CFR Parte 2, comúnmente conocida como “Parte 2”. Su profesional de la salud que trata su trastorno por consumo de sustancias puede informarle si la información sobre su trastorno por consumo de sustancias está protegida por la Parte 2 del Título 42 del CFR.
- » Puede dar su permiso para compartir la información del diagnóstico o tratamiento por consumo de sustancias de la Parte 2 para que los proveedores puedan tratarle, obtener el pago por los servicios, operar su organización y coordinar su atención.
- » Cuando usted da permiso para compartir su información sobre el consumo de sustancias de la Parte 2 con Medi-Cal, su plan de salud u otro proveedor de atención médica, ellos están autorizados a compartir esa información con otros socios de atención para los mismos fines indicados en el punto anterior. También pueden compartir su información sin su consentimiento para otros fines permitidos por las leyes federales y estatales. No pueden compartir esta información para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra.
- » Una vez que su información sobre el consumo de sustancias de la Parte 2 se haya utilizado o compartido, es posible que ya no esté protegida por la Parte 2 o que no esté protegida de la misma manera que lo estaba antes de ser utilizada o compartida. La información sobre su consumo de sustancias de la Parte 2 puede estar protegida, en cambio, por otras leyes que protegen su información de salud.
- » Puede obtener una lista de los socios de atención con los que su proveedor de atención para trastornos por uso de sustancias de la Parte 2 ha compartido su información comunicándose con sus proveedores de atención para trastornos por uso de sustancias.

Su consentimiento: Doy mi permiso a mis proveedores de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias para que comparten mi información pasada, presente y futura sobre el trastorno por consumo de sustancias, incluida la información protegida por la Parte 2.

Sí No / No se aplica a mí

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCMI): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)
---------------	----------------	----------	---------------------	---

2. Información personal relacionada con la vivienda

Si necesita servicios de vivienda, puede obtener ayuda a través del Sistema de Acceso Coordinado. Los sistemas de acceso coordinado son organizaciones locales que ayudan a coordinar los servicios de vivienda para las personas que los necesitan. Es posible que estas organizaciones necesiten su permiso para compartir su información relacionada con la vivienda con los Sistemas de Información para la Gestión de Personas sin Hogar y otros socios de atención, como su proveedor de atención médica. Estos sistemas son utilizados por las organizaciones de vivienda para proporcionar y coordinar servicios de vivienda y de apoyo a la vivienda.

Su consentimiento: Doy mi permiso a mi proveedor local de vivienda para que comparta información personal sobre mí relacionada con la vivienda, incluyendo mi situación de vivienda, historial y apoyos, con su Sistema de Información para la Gestión de Personas sin Hogar y otros socios de atención, como mi proveedor de atención médica.

Sí No / No se aplica a mí

3. Información sobre salud mental

Se requiere su consentimiento para compartir cierta información sobre su salud mental. Esto incluye información sobre la atención de salud mental que haya recibido de proveedores de su comunidad, como historiales de tratamiento, detalles de recetas o evaluaciones. También puede incluir información sobre salud mental si recibió atención en un hospital estatal o del condado o en una institución mental, o mientras estuvo en la cárcel.

Su consentimiento: Doy mi permiso a mis socios de atención para que comparten mi información sobre salud mental.

Sí No / No se aplica a mí

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCM): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)

4. Información sobre discapacidad intelectual y del desarrollo

- » Se requiere su consentimiento para compartir cierta información relativa a sus discapacidades intelectuales y del desarrollo. Se trata de afecciones que afectan al funcionamiento del cerebro y del cuerpo de una persona. Suelen comenzar antes de los 22 años y duran toda la vida. Las discapacidades intelectuales pueden dificultar el aprendizaje, la resolución de problemas y las tareas cotidianas. Las discapacidades del desarrollo constituyen un grupo más amplio que puede afectar las capacidades físicas, el pensamiento, el lenguaje y el comportamiento. Entre los ejemplos de discapacidades intelectuales y del desarrollo se incluyen el autismo, el síndrome de Down, la parálisis cerebral y la epilepsia.
- » Las personas con estas discapacidades a veces necesitan más apoyo en la vida, pero eso no cambia el valor, las habilidades ni las contribuciones de una persona a sus comunidades. Cada persona es única y tiene diferentes habilidades y necesidades. Compartir información sobre tu discapacidad intelectual y del desarrollo entre diferentes organismos puede significar que todas las personas que te apoyan sepan mejor cómo ayudarte.

Su consentimiento: Doy mi permiso a mis socios de atención para que comparten información sobre mi discapacidad intelectual y del desarrollo.

Sí No / No se aplica a mí

5. Resultados de la prueba del VIH

Es necesario su consentimiento para compartir los resultados de las pruebas del VIH que haya recibido con otro socio de atención que no le esté proporcionando directamente atención relacionada con el VIH.

Su consentimiento: Doy mi permiso a mis socios de atención para que comparten los resultados de mi prueba de VIH.

Sí No / No se aplica a mí

6. Resultados de pruebas genéticas

Su consentimiento es necesario para que su plan de seguro médico, incluido Medi-Cal, comparta los resultados de cualquier prueba genética que se haya realizado. Los resultados de las pruebas genéticas son análisis de laboratorio que se utilizan para identificar ciertas enfermedades genéticas o afecciones de salud que usted pueda tener.

Su consentimiento: Doy mi permiso a mis socios de atención para que comparten los resultados de mis pruebas genéticas.

Sí No / No se aplica a mí

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCMI): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)

2.2 Sus derechos

¿Cuales son sus derechos?

Tiene derecho a:

- » Firmar este formulario.
- » No firmar este formulario.
- » Recibir una copia de este formulario.
- » Cambiar de opinión y retirar su permiso.

Si firma este formulario, ¿puede cambiar de opinión más tarde?

Sí, usted tiene derecho a cambiar de opinión sobre compartir su información, y puede modificar o retirar este consentimiento en cualquier momento. Para cambiar o retirar su consentimiento, hable con sus socios de atención. Puede completar un nuevo formulario ASCMI con los cambios que desee realizar.

- » Cualquier cambio que desee realizar se hará efectivo el día en que se firme su nuevo formulario ASCMI.
- » Revocar su consentimiento no afectará a la información que se haya compartido previamente con su consentimiento.

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LOS MIEMBROS (ASCM): NO AB 133 (VERSIÓN 2.0)

Primer Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de índice de cliente de Medi-Cal (según corresponda)
---------------	----------------	----------	---------------------	---

2.3 Su firma

Al firmar este formulario, usted entiende y acepta que:

- » Sus socios de atención, enumerados en la Sección 1.2 de este formulario, pueden usar y compartir la información de salud y personal que usted seleccionó anteriormente para los fines descritos en la Sección 1.1 de este formulario.
- » También entiende que, cuando se comparte su información, es posible que la ley federal o estatal no proteja la divulgación posterior de esa información.

¿Cuánto tiempo dura su consentimiento para compartir su información?

- » **Si usted tiene 18 años o más**, este consentimiento tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha en que firmó el formulario.
- » **Si es menor de 18 años**, su consentimiento tendrá una vigencia de un año a partir de la fecha en que firmó el formulario. Si cumple 18 años o si su tutela cambia durante este período de un año, deberá proporcionar un nuevo consentimiento.
- » Independientemente de su edad, puede cambiar de opinión y retirar su consentimiento en cualquier momento por escrito utilizando el Formulario de Revocación de ASCMI.

Su nombre	Su firma	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del padre o madre/tutor/representante legal	Firma del padre o madre/tutor/representante legal	Fecha (mm/dd/aaaa)