

## Autorización Para La Divulgación De Información Médica Protegida

Número de expediente o caso: \_\_\_\_\_

Tiene derecho a inspeccionar su información de salud protegida en los registros que Medi-Cal crea o mantiene. También tiene derecho a solicitar copias de esos registros. Recibirá una respuesta a su solicitud dentro de los 30 días después de la recepción de su solicitud. Si desea que le enviemos copias de sus registros por correo, debe enviarnos una fotocopia de su licencia de conducir de California, tarjeta de identificación del Departamento de Vehículos Motorizados, y/o otro tipo de identificación válida. También debe enviar documentación que verifique su dirección. **Envíe este formulario completo a la siguiente dirección:**

Department of Health Care Services  
DHCS/MEDI-CAL FI  
P.O. Box 526018  
Sacramento, CA 95852-6018  
(916) 636-1980

### Direcciones

**Por favor lea lo siguiente antes de completar este formulario. Si alguna de las circunstancias siguientes se aplica a usted, es posible que no necesite completar este formulario.**

Tiene un caso de lesiones personales y Medi-Cal ha pagado los servicios relacionados con la lesión y desea información sobre estos servicios y/o pagos.

Usted solicita acceso a los registros en nombre de un beneficiario fallecido de Medi-Cal para poder pagar a Medi-Cal los servicios recibidos por el beneficiario fallecido. Es posible que haya recibido un Cuestionario de Recuperación de Patrimonio por correo.

Está involucrado en un caso de compensación laboral en el que Medi-Cal ha pagado los servicios por la lesión que recibió mientras estaba en el trabajo.

**Llame al (916) 650-0490 para obtener más información sobre estas circunstancias.**

**Si ninguna de estas circunstancias aplica, por favor complete el formulario.**

A. ¿De quién es la información que esta solicitando?		
Apellido:	Nombre:	Inicial del medio nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Identificación de Beneficios:	Fecha de Nacimiento:	
Número de Teléfono:	Dirección de Correo Electrónico:	

B. Información del Solicitante		
<i>Indique su información (la del solicitante) a continuación. Esto incluye a terceros solicitantes, como padres, guardianes, representantes personales, o otros terceros legalmente autorizados.</i>		
Apellido:	Nombre:	Inicial del medio nombre:
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de Identificación de Beneficios:	Fecha de Nacimiento:	
Número de Teléfono:	Dirección de Correo Electrónico:	
¿Qué autoridad legal tiene para solicitar información de salud?		
<input type="checkbox"/> Uno mismo (Nota: <b>Sí solicita sus propios registros, marque esta casilla.</b> )		<input type="checkbox"/> Conservador(a)

<input type="checkbox"/> Padre o Madre del menor de edad	<input type="checkbox"/> Ejecutor de Albacea
<input type="checkbox"/> Guardián o Guardiana	<input type="checkbox"/> Administrador de Patrimonio
<input type="checkbox"/> Conservador(a)	
<input type="checkbox"/> Otra Razón: _____	
<b>Nota:</b> Debe adjuntar documentación legal para verificar que es el padre/madre, conservador(a), guardián, guardiana, albacea del testamento de un difunto, o que tiene autoridad para tomar decisiones médicas para el individuo.	

C. Descripción de la información específica que será Publicado/Inspeccionada

<b>Marque cada tipo de información confidencial que autorice que será Publicado o será Inspeccionada:</b>	
<input type="checkbox"/> VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> Información sobre Alcohol o Drogas
<input type="checkbox"/> Salud Mental o Conductual	<input type="checkbox"/> Pruebas Genéticas de Salud
Otra Razón:	
La información de las categorías anteriores será autorizada por el siguiente período de tiempo: Desde _____ (fecha) Hasta _____ (fecha).	

<b>D. Marque cada tipo de información protegida a la que desea acceder:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Informes detallados de reclamos</b> , que contienen reclamos pagados por el departamento DHCS por los servicios recibidos.	<b>Registros de atención administrada:</b> <input type="checkbox"/> Registros de Inscripción <input type="checkbox"/> Registros de Desafiliación <input type="checkbox"/> Capitación pagada al plan de salud <input type="checkbox"/> Documentación de audiencia justa sobre MERS
<input type="checkbox"/> <b>Copias de verificación de elegibilidad de Medi-Cal</b> , que contienen información sobre el estado de elegibilidad de un miembro de Medi-Cal durante un período de tiempo designado.	
<input type="checkbox"/> <b>Copias de Solicitud de Autorización de Tratamiento o Servicio</b> . Las copias contienen los nombres de las personas, qué proveedores han solicitado servicios para esas personas, qué servicios se solicitaron, la decisión sobre los servicios, incluyendo una descripción simple de la decisión, y si el proveedor ha facturado por estos servicios.	<b>Para las copias de solicitud de autorización de tratamiento o servicio de Denti-Cal:</b> Llame al: (800) 322-6384  <input type="checkbox"/> <b>Registros del Programa de Personas Genéticamente Discapacitadas (GHPP) y/o de Servicios para Niños de California (CCS).</b>
<input type="checkbox"/> <b>Registros de manejo de casos</b> , que contienen notas del administrador de casos.	<i>Por favor comuníquese con su proveedor de atención, o plan de atención administrada si desea acceder sus registros médicos.</i>

<b>Solicito copias de los registros de las siguientes fechas:</b>	
Usted debe especificar fechas para que el departamento DHCS pueda proporcionar registros receptivos.	
De Fecha (mes/día/año)	A Fecha (mes/día/año)
_____	_____

**E. Descripción del Propósito y Limitaciones para la Divulgación o Inspección de la Información (Indique cómo se utilizará la información).**

***Tenga en cuenta que la declaración "a mi solicitud", o otro lenguaje similar que indique su intención, es una descripción suficiente.***

**Descripción:**

*La información no se utilizará para ningún otro propósito que no sea el previsto.*

**F. ¿Cómo le gustaría recibir la información solicitada?**

**Tenga en cuenta:** Una solicitud de registros que se remontan a hasta seis años de antigüedad generalmente demora 30 días en procesarse. Todas las demás solicitudes tienen un plazo aproximado de 60 días debido al procesamiento adicional.

Por favor envíeme una copia de la información solicitada.

Deseo revisar la información solicitada en persona.

Si solicita revisar los registros en persona, nos comunicaremos con usted para programar una cita. Ubicación disponible para revisión en persona: **únicamente en Sacramento, California**

Envíe por correo una copia de la información solicitada al siguiente partido tercero:

Nombre: \_\_\_\_\_

Organización (si corresponde): \_\_\_\_\_

Puesto o Función en la Organización (si corresponde): \_\_\_\_\_

Si la organización y el puesto o rol en la organización están en blanco:

Si solicita su propia información, indique la relación del recipiente con usted \_\_\_\_\_; o

Si usted es un partido tercero que solicita información de un individuo, indique la relación con el individuo destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Solicito que se permita a una persona de mi elección inspeccionar mis registros. **Nota:** Cualquier persona o abogado puede ser nombrado a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Organización (si corresponde): \_\_\_\_\_  
Puesto o Función en la Organización (si corresponde): \_\_\_\_\_  
Si la organización y el puesto o rol en la organización están en blanco:  
Si solicita su propia información, indique la relación del recipiente con usted \_\_\_\_\_; o  
Si usted es un partido tercero que solicita información de un individuo, indique la relación con el individuo destinatario: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**G. Información de Identificación del Solicitante:**

Verificación de Domicilio adjuntado  
Tipo: \_\_\_\_\_ (Factura de Servicios Públicos, Factura de Teléfono, Licencia de Conducir de California, etcétera)  
 Copia de Identificación adjuntado  
Tipo: \_\_\_\_\_ (Licencia de Conducir de California, Tarjeta de Identificación del departamento DMV de California, Certificado de Nacimiento, Tarjeta de Identificación de Beneficios, Tarjeta de Atención Administrada, Tarjeta de Identificación de Empleado Estatal o Federal)  
Número: \_\_\_\_\_

**(SI NO ADJUNTA SU IDENTIFICACIÓN, SU FIRMA DEBE SER NOTARIADA)**

Notariado Por \_\_\_\_\_ En \_\_\_\_\_ (Fecha).  
Número de Notario Público: \_\_\_\_\_  
**NO ES OFICIAL A MENOS QUE ESTÉ SELLADO POR NOTARIO PÚBLICO:**

Esta autorización para la divulgación de la información anterior a las personas o organizaciones mencionadas anteriormente expirará el: \_\_\_\_\_ (fecha)

**H. Comprensión Del Solicitante Sobre la Autorización para la Divulgación de Información**

**Entiendo que al firmar esta autorización:**

- Esta autorización para la divulgación de la información anterior a las personas o organización(es) mencionadas anteriormente expirará el: \_\_\_\_\_ (fecha)
- Autorizo el uso y/o divulgación de mi información de salud de identificación individual como se describe en las Secciones C y D para el propósito enlistado en la Sección E. También entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso firmado deteniendo esta autorización a la dirección que figura en la página uno. La autorización finalizará en la fecha en que se reciba mi solicitud de revocación válida.
  - Sin embargo, cualquier revocación no se aplicará a las divulgaciones realizadas por el departamento DHCS en función de su autorización. Esto significa que, si el departamento DHCS realizó alguna divulgación de información de salud debido a esta autorización, cualquier revocación de la autorización no se aplica a la información que ya fue divulgada.
  - Además, cualquier revocación será ineficaz si su autorización fue obtenida como condición para obtener la cobertura del seguro. Esto significa que, si su autorización fue requerida para obtener beneficios de seguro médico, la autorización no puede ser revocada.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- La información de salud divulgada a través de la autorización puede estar sujeta a divulgación y ya no está protegida si se divulga a alguien que no sea una entidad cubierta.
  - Esto significa que, si la organización o persona que he autorizado a recibir mi información no es un plan de salud, o un proveedor de atención médica, es posible que mi información ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Los registros y copias obtenidos relacionados con la atención de psicoterapia para pacientes ambulatorios se devolverán o destruirán en la fecha de vencimiento de esta autorización, excepto aquellos obtenidos con propósito de tratamiento y diagnóstico.

**YO DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA.**

Firma del Miembro:

Fecha: