

Nombre de Client:	
ID# de Cliente:	
Fecha de Nacimiento:	
Fecha de Inicio:	

Consentimiento para Atención Coordinada

Autorización para Revelación de Información de Salud y Otra Información Personal

Mediante su firma en el formulario a continuación, usted permitirá a ciertas organizaciones y personas utilizar y compartir su información de salud y otra información personal para fines relacionados con su tratamiento y atención. Ellos podrán compartir su información mediante un sistema electrónico de registros de salud que gestiona la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California, llamado SmartCare, o a través de bases de datos de medicamentos con información sobre sus recetas.

1. ¿Quién compartirá mi información si firmo? Mediante su firma, su información puede ser compartida por cualquiera de los siguientes, y con cualquiera de los siguientes, que le proporcionan servicios a usted (sus proveedores), que están conectados a SmartCare o a bases de datos de medicamentos:

- Proveedores de salud, como médicos, hospitales y farmacias.
- Proveedores de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias.
- Proveedores basados en escuelas, como enfermeras, trabajadores sociales y consejeros.
- Agencias de salud de condados de California.
- Proveedores de vivienda, esto es, organizaciones sin fines de lucro que ayudan a las personas a encontrar un hogar.
- Cualquier cárcel o prisión que le proporcione a usted servicios mientras está encarcelado.
- Cualesquiera agencias de bienestar infantil que participen activamente en su caso o en el de su hijo.

Sus proveedores también incluyen a cualquier aseguradora de salud que le proporcione cobertura (ver lista en adjunto), incluyendo cualquiera de sus planes de salud mental.

2. ¿Podrán mis proveedores utilizar y compartir mi información por cualquier motivo?

No, sus proveedores solo pueden utilizar y compartir su información para fines limitados. Sus proveedores pueden utilizar y compartir su información para proporcionarle atención médica o de salud del comportamiento, para coordinar su atención, para determinar cuánto debe pagarse por los servicios que se le proporcionen, o para mejorar la calidad de atención.

3. ¿Qué tipos de información sobre mí pueden compartirse si firmo? Sus proveedores pueden compartir los siguientes tipos de información sobre usted:

- Información médica, como información sobre enfermedades, lesiones, tratamientos médicos, alergias, medicamentos, radiografías, análisis de sangre y su situación de VIH.

- Información sobre salud del comportamiento, como cualquier condición de salud mental o trastorno por consumo de alcohol o drogas que usted pueda tener, lo cual podría incluir información sobre su historial de consumo de sustancias y medicamentos, diagnósticos y resultados de pruebas de drogas.
- Información sobre servicios escolares, como un Programa de Educación Individualizada, así como cualquier registro de servicios médicos o de salud del comportamiento proporcionados en escuelas.
- Información sobre servicios de vivienda conservada en un Sistema de Información de Gestión de Indigencia, que describe los servicios proporcionados a algunas personas sin hogar.
- Información sobre encarcelamientos, incluyendo si usted está en la cárcel y cuándo está programada su puesta en libertad.
- Registros de bienestar infantil, incluyendo cualquier plan de mantenimiento o reunificación familiar.

4. ¿Puedo obtener una lista de los proveedores que han visto mi información?

Sí, pero solo si lo permiten las leyes estatales y federales. En algunos casos puede que su información ya no esté sujeta a las leyes federales sobre privacidad una vez se ha compartido.

5. ¿Pueden mis proveedores, que reciben mi información, compartirla con otros?

Sí, pero solo si lo permiten las leyes estatales y federales. En algunos casos puede que su información ya no esté sujeta a las leyes federales sobre privacidad una vez se ha compartido.

6. ¿Cuándo finaliza mi consentimiento?

Sus proveedores podrán acceder a su información durante 10 años tras la fecha en que usted firme, a menos que usted revoque su consentimiento antes.

7. ¿Puedo cambiar de opinión y revocar mi consentimiento más tarde?

Si, usted tiene derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento. Si desea revocar, debe contactar a [información de contacto del Condado]. Si usted revoca, es posible que sus proveedores sigan conservando cualquier información sobre usted que recibieron antes de la fecha de revocación.

8. ¿Si soy padre/madre o tutor, puedo firmar en nombre de mi hijo?

Si, puede hacerlo incluyendo su nombre como Representante Legal de su hijo y firmando en la última línea. Su hijo también debe firmar la primera línea si tiene 12 años o más. Si usted firma en nombre de un niño, el formulario perderá su validez cuando su hijo cumpla los 18 años.

9. ¿Tengo que firmar esto?

No, firmar este formulario es voluntario, y negarse a firmar este formulario no afectará a su capacidad de recibir atención médica, seguro de salud, o cualquier beneficio gubernamental. Si usted no firma, es

posible que algunos de sus proveedores sigan teniendo derecho a obtener alguna de su información conforme a la ley.

10. ¿Puedo obtener una copia de este formulario?

SI, usted tiene derecho a obtener una copia de este formulario.

Mediante mi firma al calce, doy mi consentimiento a la revelación de mi información según se ha descrito en este formulario. Además, al incluir mi número de teléfono a continuación, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas para comunicarse conmigo acerca de mi consentimiento y la forma en que puede compartirse mi información (puede que apliquen tarifas estándar de mensajes y datos).

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Si firma una persona distinta del cliente:

Contacto: _____

Relación: _____

Consentimiento:

Doy el consentimiento para que se comparta información a través de todos los servicios dentro del SmartCare de _____(condado).

☐ Sí ☐ No

Fecha de Inicio: _____

Fecha de Finalización: _____

Restricciones:

Quiero que el personal siguiente NO tenga acceso a mi registro:

Detalles sobre cualesquiera otras restricciones para compartir mis datos. Esto activará una revisión por parte del Funcionario de Privacidad. Esto no garantiza la restricción de estos datos según se especifica en el texto.

Firmas

Firma del Cliente: _____

Fecha: _____

Nombre con Letra de Imprenta: _____

Firma del Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre con Letra de Imprenta: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Nombre con Letra de Imprenta: _____