



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de Identificación de Cliente CHAMP: _____

El Departamento de Servicios de Salud del Condado de los Ángeles (El condado) (DHS por sus siglas en inglés) opera un intercambio de información sobre servicios sociales y de salud (SSHIE por sus siglas en inglés) para permitir que su información pueda ser compartida entre los proveedores de los programas de salud integrados en la comunidad del condado (CHIP por sus siglas en inglés).

CHIP ayuda a las personas a obtener recursos y servicios sociales que puedan mejorar su salud. Coordina la asistencia relacionada a atención médica y servicios sociales. CHIP incluye:

- El programa de cuidado integral de Los Ángeles
- Vivienda para la salud
- Programa de tratamiento en libertad y de reintegración
- Equipo de servicios para beneficios por todo el condado. (CBEST Por sus siglas en inglés)
- Servicios de salud del sistema correccional – Unidad para la transición de atención médica

Muchas de las organizaciones que trabajan con el Condado de Los Ángeles incluyen:

- Proveedores de atención médica
- Proveedores de salud mental
- Proveedores de servicios sociales
- Planes de salud
- Funcionarios de vivienda
- Organizaciones relacionadas con el sistema judicial
- Organizaciones comunitarias

Estas organizaciones proporcionan servicios a los participantes del programa CHIP y necesitan compartir mi información de salud y servicios sociales para:

- Averiguar si soy elegible para los programas del Condado
- Averiguar si soy elegible para recibir otros recursos
- Coordinar mis servicios de atención médica
- Tener comunicación con los proveedores y organizaciones que me atiendan
- Poder conectarme con proveedores de servicios sociales
- Recibir pagos por servicios proporcionados
- Efectuar actividades de mejoramiento y evaluación del programa
- Efectuar otras actividades de programas del Condado de Los Ángeles

Al firmar mi nombre abajo, estoy de acuerdo que mis actuales, anteriores y futuros proveedores de tratamiento y otras organizaciones, y el Departamento de Servicios Sociales Públicos de California puedan divulgar mi información de salud, expedientes, información social y otros datos al DHS, SSHIE para CHIP y que tales datos puedan ser compartidos entre los programas dentro de CHIP. También estoy de acuerdo que DHS SSHIE para CHIP pueda divulgar mi



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

información a mis actuales, anteriores y futuros proveedores de tratamiento incluyendo los socios y subcontratistas de CHIP, y otras organizaciones que trabajan con CHIP, las cuales se mencionan en el anexo A para los propósitos descritos arriba.

- Doy mi autorización para que mi información de salud y social se comparta a través de un programa de intercambio de información médica que funcionan por medio de o con la participación del condado. Un intercambio de información de salud es un sistema electrónico que permite que las organizaciones compartan información.
- La información que se puede compartir incluirá información sobre:
 - mis características personales,
 - mi historial médico, mental o de problemas físicos
 - mi información de servicios sociales (incluyendo CalFresh, asistencia general, asistencia del programa de asistencia en efectivo para inmigrantes, Medi-Cal, y otros beneficios públicos que puedo solicitar) y
 - tratamientos y servicios que recibo.
- Entiendo que esta autorización aplicará a los datos de todos los servicios que recibo de los proveedores o socios de CHIP y a cualquier dato recibido por DHS SSHIE.

Específicamente doy mi autorización para que mis actuales, anteriores y futuros proveedores de tratamiento y otras organizaciones, y CHIP puedan compartir la información a continuación (*marque lo que corresponda*):

- Información de proveedores de atención médica sobre mi diagnóstico o tratamiento de salud mental el cual está protegido bajo el código de bienestar e instituciones § 5328 _____ (*sus iniciales*) (excluyendo notas de psicoterapia)
- Información sobre mis resultados de exámenes de VIH/SIDA _____ (*sus iniciales*)
- Información de parte de los programas contra el uso de sustancias (incluyendo el diagnóstico y medicamento para el trastorno por uso de sustancias, internamientos y visitas ambulatorias o tratamiento residencial, nombre de los proveedores e información de contacto y nombre de los programas de tratamiento) el cual está protegido bajo la sección 42 C.F.R. parte 2, o por ley estatal _____ (*sus iniciales*)

Puedo pedir una lista de los proveedores y organizaciones que hayan recibido mi información sobre el trastorno de uso de sustancias.

Entiendo que:

- Esta autorización será válida por cinco años con la excepción de que este formulario expirará el 31 de diciembre del 2021 para el programa de cuidado integral o según la fecha que termine el programa, si se extiende. Si la autorización del programa de cuidado integral expira, su información seguirá siendo compartida entre los otros programas de CHIP para los cuales califique o en los que esté participando.



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

- Tengo el derecho de cancelar o cambiar esta autorización en cualquier momento. Para iniciar este proceso puedo hablar con alguien de mi equipo de atención médica, o llamando al 844-804-5200. En cualquier momento, yo puedo cancelar mi autorización, o de otro modo, completar una nueva autorización que refleje los cambios a la información delicada que deseo compartir. Si pongo límites a la información que se comparta, mi información delicada no será compartida entre los proveedores o las organizaciones asociadas a partir de esa fecha. Cualquier información que se haya compartido anteriormente con mis proveedores actuales, o pasados no puede ser revocada. Si decido no compartir mi información delicada es posible que reciba servicios limitados de atención coordinada.
- Las leyes estatales y federales actualmente permiten que mi información sea compartida por las organizaciones de atención médica para darme tratamiento, obtener pagos, y llevar a cabo sus funciones. Entiendo que esta autorización no cambia la información que puede ser compartida bajo estas leyes.
- Cuando mi información es compartida, esta se podría volver a compartir con otros. Es posible que las leyes de privacidad federal y de California no alcancen a impedir que mi información se pueda volver a compartir.
- El hecho de poder recibir servicios médicos, tratamiento, o servicios sociales públicos no depende de mi firma en esta autorización. Si decido no firmar esta autorización, es posible que CHIP no pueda compartir mis datos para coordinar servicios, es probable que esto impida mi participación en ciertos servicios de CHIP.
- Tengo derecho a:
 - Examinar u obtener una copia de mi información médica que se comparta a través de esta Autorización.
 - Negarme a firmar esta Autorización
 - Recibir una copia de esta Autorización

He leído esta autorización, o me la ha leído un representante de CHIP, o un miembro de mi equipo de atención médica. Doy mi autorización para el uso y la divulgación de mi información médica tal como fue descrita anteriormente.

Firma del cliente

Fecha

Si esta autorización fue firmada por otra persona que no sea el cliente por favor indique el parentesco:

Parentesco con el cliente

Nombre

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Anexo A

Proveedores que no dan tratamientos (para pago, beneficios, defensoría, etc.)

Organizaciones que participan en CBEST

Fundación Catalyst
Centro de Tratamiento Tarzana
Voluntarios de América
Centro de St. Joseph
Servicios Especiales para Grupos
Servicios Sociales Luteranos y PATH

Otras Organizaciones con el que se puede compartir datos

Administración del Seguro Social de EE.UU. Servicios de Determinación de Discapacidades
Administración de Veteranos de EE.UU.
Servicios de Atención Médica de California
Departamento de Servicios Sociales Públicos de California
Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
Autoridad de Servicios para Indigentes de Los Ángeles
Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles
Departamento de Salud pública del Condado de Los Ángeles
Departamento de Servicios para Niños y Familias del Condado de Los Ángeles
Departamento de Servicios de Salud del Condado de Los Ángeles
Departamento de Servicios Sociales Públicos del Condado de Los Ángeles
Departamento de Asuntos Militares y Veteranos del Condado de Los Ángeles
Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI por sus siglas en inglés) del
Condado de Los Ángeles