

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES (ADULTOS)



NOMBRE DEL CLIENTE

ID DEL CLIENTE

FECHA DE NACIMIENTO:

El Condado de Los Ángeles ("Condado") conduce programas que le proporcionan servicios o le otorgan beneficios a través de los siguientes Departamentos del Condado ("Programas del Condado"):

- Departamento de Servicios de Salud (DHS)
- Departamento de Salud Mental (DMH)
- Departamento de Salud Pública (DPH), que incluye Prevención y Control del Abuso de Sustancias (DPH-SAPC)
- Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS)
- Departamento de Justicia, Atención y Oportunidades (JCOD)
- Departamento de Servicios para Personas sin Hogar y Vivienda (HSH) (entra en efecto a partir del 1/1/2026)

Muchos tipos de organizaciones trabajan como socios de Programas del Condado, algunas como contratistas o subcontratistas, para proporcionar, coordinar o pagar estos servicios o beneficios, los cuales incluyen:

- Proveedores de atención administrada de salud
- Proveedores de salud mental
- Proveedores de trastornos por consumo de sustancias
- Proveedores de servicios sociales
- Planes de atención administrada de salud
- Proveedores de vivienda y residencias asistidas
- Proveedores de servicios de alimentación
- Proveedores de servicios legales que le ayuden a obtener beneficios u otros servicios
- Organizaciones comunitarias que prestan o coordinan servicios, que asiste a personas involucradas en el sistema judicial

Los Programas del Condado y sus socios pueden considerar necesario utilizar y compartir su información de salud y/o de servicios sociales para:

- Comprobar si usted es elegible para servicios o beneficios proporcionados por los Programas del Condado o a través de otros recursos y/o para la inscripción y beneficios de Medi-Cal
- Coordinar su atención de salud y los apoyos comunitarios
- Comunicarse con sus proveedores y organizaciones de tratamiento y con los proveedores de servicios sociales
- Ofrecerle tratamiento y servicios relacionados
- Recibir pago por servicios
- Llevar a cabo actividades para la mejora de la calidad, informes y evaluación
- Llevar a cabo actividades relacionadas con el Programa del Condado

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES (ADULTOS)



Al firmar mi nombre a continuación, acepto que mis proveedores de tratamiento, planes de salud y terceros pagadores, así como otras organizaciones que trabajen con los Programas del Condado mencionados en el Anexo A, puedan divulgar mi información de salud, registros, información de servicios sociales y datos relacionados a los Programas del Condado. Dichos datos pueden ser utilizados y compartidos entre los Programas del Condado para futuros tratamientos, pagos y operaciones en atención de salud y cualquiera de los propósitos mencionados anteriormente, según lo permita la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y las normas federales sobre datos sobre trastornos por consumo de sustancias ("Normas de la Parte 2"), o mediante esta Autorización. También estoy de acuerdo con que los Programas del Condado puedan divulgar esta información a mis proveedores de tratamiento (inclusive a subcontratistas del Programa del Condado), planes de salud y terceros pagadores, así como a otras organizaciones que trabajen con los Programas del Condado mencionados en el Anexo A para futuros tratamientos, pagos y coordinaciones de salud, y cualquiera de los propósitos descritos anteriormente permitidos por HIPAA y las Normas de la Parte 2, o por esta Autorización.

- Autorizo que mi información de salud y de servicios sociales sea divulgada y compartida por los Programas del Condado.
- La información que pueda compartirse incluirá:
 - Mi información general, como mi edad y sexo;
 - Mi historial médico, de salud mental o de consumo de sustancias;
 - Mi información de servicios sociales (incluyendo CalFresh, Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños ("WIC"), Ayuda General (GR), CalWorks, Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes, Medi-Cal, Sistema de Gestión de Información sobre Personas sin Hogar (HMIS)/Registros de Vivienda y otros beneficios públicos que pueda solicitar y/o recibir); y
 - Tratamientos y/o servicios que recibo.
- Entiendo que esta Autorización se aplicará a los datos relacionados con los servicios que reciba de los Programas del Condado (incluso de sus subcontratistas).
- Entiendo que mi información se compartirá en formatos electrónicos, que incluye un intercambio de información de salud. Mi información también puede compartirse en formatos verbales y escritos.

Autorizo específicamente a mis proveedores de tratamiento y a los Programas del Condado a compartir la siguiente información sensible (*confirme según corresponda*):

- Información de proveedores de salud sobre mi diagnóstico o tratamiento de salud mental el cual está protegido por el Código de Bienestar e Instituciones § 5328 (excluye las notas de psicoterapia) _____ (*inicial*)
- Información de los programas de trastornos por consumo de sustancias (incluye diagnósticos y medicación, estancias hospitalarias y visitas ambulatorias o tratamiento residencial, nombres de los proveedores de atención e información de contacto, y nombres de los programas de tratamiento) que está protegida bajo la 42 C.F.R. Parte 2 y/o la ley estatal (excluye las notas de asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias) _____ (*inicial*)
- Información sobre mis resultados de pruebas de VIH/SIDA _____ (*inicial*)

Para solicitar una lista de proveedores y organizaciones que hayan recibido mi información sobre trastornos por consumo de sustancias puedo ponerme en contacto con mi administrador de atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES (ADULTOS)



Esta Autorización solo permite el intercambio de información para los fines y con las partes descritas en este formulario. Esta Autorización no se aplica a las notas de psicoterapia ni a las notas de asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias. Los proveedores que le den tratamiento deben obtener una Autorización separada para divulgar este tipo de información. Esta Autorización no permite la divulgación de información sobre trastornos por consumo de sustancias, información sobre Salud Reproductiva o información médica sobre abortos o servicios relacionados con el aborto para procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos contra la paciente. Además, esta autorización no permite compartir información médica sobre el aborto o servicios relacionados con el aborto con personas de fuera del estado o con agencias policiales federales.

También autorizo a los Programas del Condado a compartir mi información de salud y de servicios sociales (excepto las notas de psicoterapia o de asesoramiento sobre trastornos por consumo de sustancias, resultados de pruebas de VIH e información relacionada con el aborto) con los siguientes familiares u otras personas para que puedan ayudar a coordinar o pagar mi atención:

(Nombre)	_____	(Parentesco)	_____
(Nombre)	_____	(Parentesco)	_____
(Nombre)	_____	(Parentesco)	_____

(Por favor, continúe en el reverso del formulario si hace falta más espacio.)

Tengo entendido que:

- Esta Autorización será válida mientras yo esté recibiendo servicios de los Programas del Condado.
- Tengo derecho a cancelar o modificar esta Autorización en cualquier momento. Para empezar este proceso puedo hablar con mi proveedor de servicios o con mi administrador de casos o de atención médica. En ese momento, voy a cancelar mi Autorización o voy a completar una nueva Autorización que refleje el cambio(s) en la información sensible que quiero compartir. Si limito mi intercambio de información, mi información sensible no se compartirá a partir de esa fecha. Cualquier información sensible que haya sido compartida anteriormente no podrá ser recuperada. Si decido no compartir mi información sensible, cierta coordinación de atención médica, administración de casos, defensoría de beneficios u otros servicios podrían verse limitados, si mi autorización es requerida por la ley federal.
- Las leyes estatales y federales ya permiten a las organizaciones de salud compartir parte de mi información de salud (que incluye la información sensible) para tratarme, recibir pagos y gestionar coordinaciones sin mi consentimiento. Entiendo que esta Autorización no cambia la información que puede compartirse bajo estas leyes. También entiendo que mi autorización es necesaria para que se comparta mi información sobre trastornos por consumo de sustancias, cuando sea aplicable.

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES (ADULTOS)



- Cuando se comparta mi información, la ley federal o la ley de privacidad de California podrían no alcanzar a proteger la redistribución de mi información.
- Mi capacidad para recibir servicios médicos, tratamiento o servicios sociales públicos no depende de si firmo esta Autorización. Sin embargo, si decido no firmar esta Autorización, es posible que los Programas del Condado no pueda compartir datos para coordinar los servicios que recibo, y es posible que no pueda recibir coordinación completa en mi Atención de salud, administración de casos, defensoría de beneficios u otros servicios relacionados.
- Tengo derecho a:
 - Inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud y de servicios sociales que comparte esta Autorización.
 - Rehusarme a firmar esta Autorización.
 - Recibir una copia de esta Autorización.

He leído o me han leído esta Autorización. Autorizo el uso y el intercambio de mi información sobre servicios de salud y servicios sociales tal y como se ha descrito anteriormente.

NOMBRE DEL CLIENTE

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSIBLE FECHA

Si la persona que firma esta Autorización no es el cliente por favor indique el parentesco:

NOMBRE PARENTESCO CON EL CLIENTE

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES (ADULTOS)



Anexo A

Organizaciones que trabajan con programas del condado (para pagos, defensa de prestaciones, etc.)

Planes de Salud, Organizaciones Federales, Estatales y Locales

Anthem Blue Cross/Care
Health Net
Blue Shield Promise
LA Care
Molina Health Care
Kaiser Permanente
Senior Care Action Network (SCAN)
Servicios de Determinación de Discapacidad de la Administración del Seguro Social de Los EE. UU.
Administración de Veteranos de Los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Departamento de Servicios de Salud de California
Departamento de Servicios Sociales de California
Departamento de Servicios para el Desarrollo de California
Autoridad de Servicios para Personas sin Hogar de Los Ángeles
Departamento de Servicios para Niños y Familias del Condado de Los Ángeles
Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos del Condado de Los Ángeles
Programa de Asistencia Económica para Inmigrantes en Los Ángeles (CAPI)

Organizaciones federales, estatales y locales

Servicios de Determinación de Discapacidad de la Administración del Seguro Social de Los EE. UU.
Administración de Veteranos de Los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Departamento de Servicios de Salud de California
Departamento de Servicios Sociales de California
Departamento de Servicios para el Desarrollo de California
Autoridad de Servicios para Personas sin Hogar de Los Ángeles
Departamento de Servicios para la Infancia y la Familia del Condado de Los Ángeles
Departamento de Asuntos Militares y de Veteranos del Condado de Los Ángeles
Programa de Asistencia Económica para Inmigrantes en Los Ángeles (CAPI)

Organizaciones Participantes de CBEST (Defensoría de Beneficios)

Inner City Law Center
Fundación de Asistencia Legal de Los Ángeles (LAFLA)
Health Advocates
Lutheran Social Services
Departamento de Asuntos del Consumidor y Negocios del Condado de Los Ángeles
Special Services for Groups
St. Joseph's Center
Tarzana Treatment Center
The Catalyst Foundation
Voluntarios de América
Comunidad Laboral de Watts Comité de Acción (WLCAC)

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES (ADULTOS)



Aviso Adjunto de las Divulgaciones

Compartición de registros protegidos por 42 CFR Parte 2

Contexto e instrucciones: Cada divulgación, que incluye a todas las futuras redivulgaciones de los Registros de la Parte 2 que se realicen con la autorización por escrito del paciente, debe ir acompañada de este Aviso Adjunto de las Divulgaciones y una copia del consentimiento o una explicación clara del alcance del consentimiento proporcionado.

Aviso: Este registro que ha sido compartido con usted está protegido por las normas federales de confidencialidad (42 CFR parte 2). Estas normas le prohíben utilizar o divulgar este registro, o testimonios que describan la información contenida en este registro, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo realizado por cualquier autoridad federal, estatal o local, contra el paciente, a menos que esté autorizado con el consentimiento del paciente, excepto lo que se dispone en 42 CFR 2.12(c)(5) o lo autorizado por un tribunal de acuerdo con 42 CFR 2.64 o 2.65. Además, las normas federales prohíben que usted haga cualquier otro uso o divulgación de este registro a menos que se aplique al menos una de las siguientes condiciones:

- El uso o divulgación adicional esté expresamente permitido con el consentimiento por escrito de la persona cuya información se divulgue en este expediente o según lo permita el 42 CFR parte 2.
- Usted sea una entidad cubierta o socio comercial y haya recibido el registro para el tratamiento, pago o coordinaciones de salud, o
- Usted haya recibido el registro de una entidad cubierta o asociado comercial según lo permitido por 45 CFR parte 164, subpartes A y E.

Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para cumplir con los elementos requeridos de consentimiento escrito para continuar usando o volver a divulgar el registro (véase 42 CFR 2.31).

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES (ADULTOS)



Revoco la autorización presentada a los Programas del Condado a partir de _____
FECHA

Esta Revocación no afecta a ninguna divulgación realizada antes de recibir esta Revocación. Esta Revocación no modifica la información que pueda compartirse bajo leyes estatales o federales sin mi consentimiento.

NOMBRE DEL CLIENTE

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSABLE

FECHA

Si la persona que firma esta Autorización no es el cliente por favor indique el parentesco:

NOMBRE

PARENTESCO CON EL CLIENTE