

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



NOMBRE DEL CLIENTE:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

El Condado de Los Ángeles ("el Condado") opera y participa en intercambios de información de salud para permitir que su información se comparta entre los Programas del Condado y sus socios para ayudarle a obtener recursos y servicios sociales que ayuden a mejorar su salud. Un intercambio de información de salud es un sistema electrónico que permite a las organizaciones compartir información.

"Los Programas del Condado" son programas que le brindan servicios o que obtienen beneficios para usted a través de los siguientes Departamentos del Condado:

- Departamento de Servicios de Salud (DHS)
- Departamento de Salud Mental (DMH)
- Departamento de Salud Pública (DPH), incluido el de Prevención y Control del Abuso de Sustancias (DPH-SAPC)
- Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS)
- Departamento de Justicia, Atención y Oportunidades, solo para servicios de reinserción

Muchos tipos de organizaciones trabajan como socios de los Programas del Condado, algunos como contratistas o subcontratistas, para proporcionar, coordinar o pagar por estos servicios o beneficios, entre ellos se incluyen:

- Proveedores de atención médica
- Proveedores de salud mental
- Proveedores de trastornos por uso de sustancias
- Proveedores de servicios sociales
- Planes de atención administrada
- Proveedores de alojamiento y servicios
- Proveedores de servicios de comidas
- Proveedores que le ayudan a obtener beneficios o servicios legales
- Organizaciones comunitarias que prestan o coordinan servicios, incluso a personas involucradas con el sistema de justicia

Estas organizaciones podrían compartir su información de salud y/o de servicios sociales para:

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

PATIENT HIM LABEL

NAME

DOB

FIN#

MR#

SEX on ID



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

**AUTHORIZATION FOR THE USE AND DISCLOSURE
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICE INFORMATION (ADULT) - SP**

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



Al firmar mi nombre a continuación, acepto que mis actuales, anteriores y futuros proveedores de tratamiento, los proveedores que no brindan tratamiento mencionados en el Anexo A, y los Programas del Condado pueden divulgar mi información de salud, registros, información de servicios sociales y datos relacionados a cualquier intercambio de información de salud del Condado. Tales datos pueden ser utilizados y compartidos entre los Programas del Condado. También acepto que los Programas del Condado pueden divulgar esta información a mis actuales, anteriores y futuros proveedores de tratamiento (incluso a subcontratistas de Programas del Condado), y los planes de atención administrada y otras organizaciones que trabajan con los Programas del Condado que se mencionan en el Anexo A para los fines descritos anteriormente.

- Autorizo que mi información de salud y de servicios sociales se compartan en cualquier intercambio de información de salud operado por o con la participación del Condado.
- La información que se puede compartir incluirá:
 - Mi información general, como mi edad y género;
 - Mi historial médico, de salud mental o de uso de sustancias;
 - Mi información sobre servicios sociales (incluyendo CalFresh, Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños ("WIC"), Ayuda General, CalWorks, Programa de Asistencia en Efectivo para Inmigrantes, Medi-Cal, Sistema de Información de Gestión de Personas sin Hogar/Registros de Vivienda, y otros beneficios públicos que pueda solicitar y/o recibir); y
 - Tratamiento y/o servicios que recibo.
- Entiendo que esta Autorización se aplicará a los datos relacionados con los servicios que recibo de los Programas del Condado (incluidos sus subcontratistas).
- Entiendo que mi información se podrá compartir en formatos electrónicos, incluso a través de un intercambio de información de salud, como se describe anteriormente. Mi información también puede ser compartida en formatos verbales y escritos.

Autorizo específicamente a mis actuales, anteriores y futuros proveedores de tratamiento y a los Programas del Condado a compartir la siguiente información confidencial (marque según corresponda):

- ☐ Información de proveedores de atención médica sobre mi diagnóstico o tratamiento de salud mental que está protegido por el Código de Bienestar e Instituciones § 5328 _____ (iniciales) (se excluyen las notas de psicoterapia)
- ☐ Información de los programas de trastornos por uso de sustancias (se incluyen los diagnósticos y medicamentos para el trastorno por uso de sustancias, hospitalizaciones y visitas ambulatorias o tratamiento residencial, nombres e información de contacto de los proveedores, y los nombres de los programas de tratamiento) que está protegida por 42 C.F.R. Parte 2, o por ley estatal _____ (iniciales)

Puedo solicitar una lista de proveedores y organizaciones que han recibido mi información sobre el trastorno por uso de sustancias comunicándome con mi administrador de atención.



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

PATIENT HIM LABEL	
NAME	
DOB	
FIN#	
MR#	
SEX on ID	

**AUTHORIZATION FOR THE USE AND DISCLOSURE
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICE INFORMATION (ADULT) - SP**

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



También autorizo a los Programas del Condado a compartir mi información de salud y servicios sociales con los siguientes miembros de mi familia o con otras personas para que puedan ayudar a coordinar o pagar por mi atención:

NOMBRE PARENTESCO

NOMBRE PARENTESCO

NOMBRE PARENTESCO

(Continúe en la parte posterior del formulario si necesita más espacio)

Entiendo que:

- Esta Autorización será válida mientras reciba servicios de los Programas del Condado.
- Tengo derecho a cancelar o cambiar esta Autorización en cualquier momento. Para iniciar este proceso puedo hablar con mi proveedor de servicios o con mi administrador de casos. En aquel momento, yo puedo cancelar mi Autorización, o completar una nueva Autorización que refleje los cambios a la información confidencial que desee compartir. Si pongo límites a la información que se comparta, mi información confidencial no será compartida entre los proveedores o entre las organizaciones asociadas a partir de esa fecha. Cualquier información que se haya compartido anteriormente no podrá ser revocada. Si decido no compartir ninguna información confidencial, cierta coordinación de atención, administración de casos, defensoría de beneficios u otros servicios pueden ser limitados, si mi autorización es requerida por Ley Federal.
- Las leyes Estatales y Federales actualmente permiten que mi información médica se comparta entre las organizaciones de atención médica (incluida la información confidencial) para darme tratamiento, obtener pagos y ejecutar sus operaciones sin mi consentimiento. Entiendo que esta Autorización no cambia la información que se pueda compartir bajo estas leyes. También entiendo que mi autorización es necesaria para compartir mi información sobre el trastorno por uso de sustancias, si corresponde.
- Cuando se comparte mi información, la Ley Federal o la ley de privacidad de California no podría impedir que mi información se vuelva a compartir, excepto la información sobre el trastorno por uso de sustancias que está especialmente protegida y no se puede volver a compartir con otros.
- El hecho de poder recibir servicios médicos, tratamiento o servicios sociales públicos no depende de mi firma en esta Autorización. Sin embargo, si decido no firmar esta Autorización, es posible que los Programas del Condado no puedan compartir mis datos para coordinar los servicios que recibo, y es posible que no pueda recibir coordinación completa de la atención, administración de casos, defensoría de beneficios o servicios relacionados.
- Tengo derecho a:
 - Inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud y de servicios sociales que se comparte mediante esta Autorización.
 - Negarme a firmar esta Autorización.
 - Recibir una copia de esta Autorización.

[firmar a continuación]



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

PATIENT HIM LABEL	
NAME	
DOB	
FIN#	
MR#	
SEX on ID	

**AUTHORIZATION FOR THE USE AND DISCLOSURE
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICE INFORMATION (ADULT) - SP**

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



He leído esta Autorización o me la han leído. Autorizo el uso y el intercambio de mi información de servicios sociales y de salud como se describe anteriormente.

NOMBRE DEL CLIENTE

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSABLE RELACIÓN A PACIENTE

FECHA

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

NOMBRE

PARENTESCO CON EL CLIENTE



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

PATIENT HIM LABEL	
NAME	
DOB	
FIN#	
MR#	
SEX on ID	

**AUTHORIZATION FOR THE USE AND DISCLOSURE
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICE INFORMATION (ADULT) - SP**

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



Anexo A

Proveedores que no dan tratamiento (para pagos, defensoría de beneficios, 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 Incapacidad de la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos
U.S. Veteran's Administration
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Departamento de Servicios de Atención Médica de California
Departamento de Servicios Sociales de California
Departamento de Servicios de Desarrollo de California
Servicios de Gestión 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 Monetaria para Inmigrantes del Condado de Los Ángeles (CAPI)

Organizaciones participantes de CBEST (Defensoría de beneficios)

Inner City Law Center
Legal Aid Foundation of Los Angeles (LAFLA)
Health Advocates
Lutheran Social Services
Departamento de Asuntos Comerciales y del Consumidor del Condado de Los Ángeles
Servicios Especiales para Grupos (SSG)
St. Joseph's Center
Centro de Tratamiento Tarzana
The Catalyst Foundation
Volunteers of America
Watts Community Action Labor Committee (WLCAC)

PATIENT HIM LABEL

NAME

DOB

FIN#

MR#

SEX on ID



H S A - C 1 0 2 0 S

APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

**AUTHORIZATION FOR THE USE AND DISCLOSURE
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICE INFORMATION (ADULT) - SP**

**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 tiene efecto sobre ninguna divulgación hecha antes de recibir esta revocación.
Esta revocación no cambia la información que puede ser compartida bajo las leyes estatales o
federales sin mi consentimiento.

NOMBRE DEL CLIENTE

FIRMA DEL CLIENTE O PERSONA RESPONSABLE RELACIÓN A PACIENTE

FECHA

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

NOMBRE

PARENTESCO CON EL CLIENTE



APPROVED FOR USE AT ALL DHS FACILITIES
SCAN INTO ELECTRONIC HEALTH RECORD

PATIENT HIM LABEL	
NAME	
DOB	
FIN#	
MR#	
SEX on ID	

**AUTHORIZATION FOR THE USE AND DISCLOSURE
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICE INFORMATION (ADULT) - SP**