



COMPLEMENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

Resumen de este formulario

Este documento describe lo que se encuentra en el formulario de autorización para el uso y divulgación de información de salud y servicios sociales ("Formulario de autorización").

El Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Ángeles ("DHS" por sus siglas en inglés), conduce un intercambio de información de salud y servicios sociales para 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 que las personas obtengan recursos y servicios para mejorar su salud. Coordina servicios de asistencia relacionados a la salud y al apoyo de servicios sociales, CHIP incluye:

- El programa de cuidado integral de Los Ángeles
- Vivienda para la salud
- Programa de tratamiento en libertad y 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 organizaciones trabajan con CHIP, algunas son subcontratistas, entre ellas se incluyen:

- Proveedores de atención médica
- Proveedores de salud mental
- Proveedores para el trastorno por uso de sustancias
- Proveedores de servicios sociales
- Funcionarios de vivienda
- Planes de salud
- Expertos en el sistema penal
- Técnicos en asuntos legales
- Grupos comunitarios

Estos proveedores prestan servicios a los participantes del CHIP. La meta de estos programas es mejorar su salud.

¿Para qué necesitan compartir mi información?

- Para ver si califica para programas o recursos
- Para inscribirle en algunos programas
- Para coordinar su atención y tratamiento
- Para que se comuniquen y trabajen con sus proveedores y organizaciones que le den tratamiento
- Para que le conecten con servicios sociales
- Para proveerle servicios
- Para recibir pagos por los servicios que le proveemos.



COMPLEMENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

- Para mejorar y evaluar nuestros programas
- Con el propósito de generar informes
- Para otras actividades de programas del condado

Al firmar este formulario de autorización usted permite que CHIP reciba, utilice y comparta su información. Nosotros solo compartimos su información con el propósito de servirle mejor.

¿Quién puede proveerle mi información al DHS SSHIE para servicios de CHIP?

- Sus proveedores y organizaciones que anteriormente, en la actualidad y en el futuro le brinden tratamiento, y el Departamento de Servicios Sociales Públicos de California.

¿Quién puede utilizar mi información?

- Los proveedores que trabajen en CHIP y sus socios o subcontratistas (vea arriba)
- Otros proveedores relacionados a su atención, incluyendo:
 - Proveedores anteriores
 - Proveedores actuales
 - Proveedores futuros
- DHS SSHIE y otros en este intercambio funcionan por medio de o con la participación del condado.
- CHIP, incluyendo los socios y subcontratistas de CHIP, y otras organizaciones que trabajan con CHIP, las cuales se mencionan en el anexo A.

¿Qué son los intercambios de información de salud?

- Son sistemas electrónicos que permiten que se compartan datos.

¿Qué información será compartida?

Información sobre:

- sus características personales
- su historial médico,
- sus problemas de salud mental o física,
- los tratamiento y servicios que recibe, y
- su información de servicios sociales (incluyendo CalFresh, General Relief, CalWorks, programa de asistencia monetaria para inmigrantes, Medi-Cal, y otros servicios públicos que podría solicitar).

Estoy sujeto al programa judicial de tratamiento en libertad y de reintegración.

¿Qué clase de información se compartirá con mi agente de libertad condicional?

- La única información que se compartirá con su agente de libertad condicional será su nombre, información de identificación y la fecha de cuando empezó a recibir beneficios.

¿En qué forma se compartirá la información?

- Oralmente



COMPLEMENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

- Por escrito
- Electrónicamente

¿Qué harán con mi información al darles mi autorización?

- Para ver si califica a programas o recursos
- Para inscribirle en programas
- Para coordinar su atención y su tratamiento
- Para comunicar y trabajar con sus proveedores
- Para que conectarle con servicios sociales
- Para que recibamos pagos por los servicios que le proveemos.
- Para mejorar y evaluar nuestros programas
- Para otras actividades de programas del condado.

Hay cierta información que es más delicada. Usted también nos puede permitir compartir la siguiente información:

- Información de proveedores de atención médica sobre su diagnóstico o tratamiento de salud mental que esté protegido bajo el código de bienestar e instituciones § 5328 (excluyendo notas de psicoterapia)
- Información sobre los resultados sobre sus exámenes de VIH/SIDA
- 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 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.

Si usted no está de acuerdo en compartir su información delicada, tal información no estaría disponible para los proveedores de CHIP y otras organizaciones que trabajen con usted. Por ello, su participación en CHIP podría estar limitada solo a ciertos casos, es posible que no reciba servicios de atención coordinada. Si usted no tiene información en una o más de las categorías mencionadas arriba, aun así debería marcar la cajita, para certificar que su información de salud se pueda compartir sin restricciones.

Usted puede pedir una lista de todos los grupos que hayan recibido información sobre su trastorno por uso de sustancias.

¿Cuándo expira el formulario de autorización?

- En cinco años, con la excepción de que este formulario expirará el 31 de diciembre de 2021 para el programa de cuidado integral, o hasta la fecha que termine el programa si se extiende.
- Si el 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.



COMPLEMENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

¿Cómo cambio o cancelo mi formulario de autorización?

- Usted puede cambiar o cancelar su autorización para compartir información en cualquier momento.
 - Comunique a alguien de su equipo de atención médica que usted desea cambiar o cancelar su autorización o llame al 844-804-5200.
- Tendrá que llenar y firmar un nuevo formulario de autorización o de revocación ya sea para cambiar o cancelar la manera de compartir su información.
- Si desea cambiar o cancelar la manera de compartir su información, tal cancelación no podrá aplicarse a la información que haya sido compartida antes de recibir la cancelación o la actualización de su autorización.

¿Desde cuándo entra en vigor mi cancelación?

- La cancelación entra en vigor después de recibir el formulario de revocación.

¿Qué otro asunto de importancia debo tener claro?

- Las leyes permiten que sus proveedores de salud compartan su información de salud para ciertos propósitos sin su consentimiento. Ellos pueden compartir su información para:
 - Brindarle tratamiento
 - Obtener pagos por brindarle servicios
 - Operar los programas.

Esta autorización no cambia la información que puede ser compartida bajo esas leyes.

- Usted puede pedirnos que NO compartamos alguna parte de su información delicada. Usted puede poner límites a ciertos grupos con los que se comparte. Es posible que CHIP no pueda cumplir con todas sus peticiones.
- Cuando compartamos su información, es posible que esta se vuelva a compartir con otras personas.
 - Las leyes de privacidad federales o de California podrían no aplicarse a los datos una vez que se vuelvan a compartir.
- Su capacidad para recibir servicios médicos, tratamiento o servicios sociales públicos no depende de que usted firme la Autorización. Si usted no firma la Autorización, es posible que CHIP no pueda compartir sus datos para coordinar servicios, es probable que esto impida su participación en ciertos servicios de CHIP.
- Usted tiene derecho a:
 - Obtener una copia de su información de salud y servicios sociales que se comparten a través de este consentimiento
 - Negarse a firmar este formulario de autorización
 - Recibir una copia de este formulario de autorización

Al firmar el formulario de autorización, usted permite que recibamos, usemos y compartamos su información tal y como se ha descrito arriba.



**COMPLEMENTO DE LA AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL**
Anexo A

Organizaciones participantes 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 las cuales 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