



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Autorización Para la Revelación de Información Médica y Otra Información Personal

Firmando este formulario de abajo, permitirá que ciertas organizaciones e individuos usen y compartan su información médica y otra información personal para fines relacionados con su tratamiento y atención. Podrán compartir su información a través de un sistema registros médicos electrónicos mantenido por el Autoridad de Servicios de Salud Mental de California llamado SmartCare.

1. ¿Quién compartirá mi información si firmo?

Firmando, su información puede ser compartida por y con cualquiera de los siguientes que le prestan servicios a usted (sus proveedores) y que están conectados a SmartCare:

- Proveedores de atención médica, como médicos, hospitales y farmacias.
- Proveedores de salud mental y proveedores especializados en trastornos por consumo de sustancias.
- Proveedores escolares, como enfermeros, trabajadores sociales y consejeros.
- Agencias de atención médica de los condados de California.
- Proveedores de vivienda, es decir, organizaciones sin fines de lucro que ayudan a las personas a encontrar una casa.
- Cualquier cárcel o prisión que le preste servicios mientras esté encarcelado.
- Cualquier agencia de bienestar de menores que participe activamente en su caso o el de su hijo.

Sus proveedores también incluyen cualquier aseguradora médica que le dé cobertura (consulte la lista adjunta), incluyendo cualquiera de sus planes de salud mental.

2. ¿Podrán usar y compartir mi información mis proveedores por algún motivo?

No, sus proveedores solo pueden usar y compartir su información con fines limitados. Sus proveedores pueden usar y compartir su información para darle atención médica o conductual, para coordinar su atención, para determinar cuánto se debe pagar por los servicios que se le prestan o para mejorar la calidad de la atención.

3. ¿Qué tipo de información sobre mí se puede compartir si firmo?

Sus proveedores pueden compartir los siguientes tipos de información sobre usted:



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

- Información médica, como información sobre enfermedades, lesiones, tratamientos médicos, alergias, medicamentos, radiografías, análisis de sangre y su estado de VIH.
- Información de salud conductual, como cualquier condición de salud mental o trastornos por consumo de alcohol o drogas que pueda tener, que podría incluir información sobre su historia de consumo de sustancias y medicamentos, diagnósticos y resultados de pruebas de drogas.
- Información de servicios escolares, como un Programa de Educación Individualizado y cualquier registro de servicios médicos o de salud del comportamiento que presten en las escuelas.
- Información del servicio de vivienda que se lleva en un Sistema de Información para la Administración de Personas Sin Hogar, que describe los servicios prestados a algunas personas sin casa.
- Información sobre encarcelamiento, incluyendo, si está encarcelado, cuándo está programado que lo liberen.
- Registros de bienestar de menores, incluyendo cualquier plan de manutención o reunificación familiar.

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

Sí, puede obtener una lista de los proveedores que han recibido algunos tipos de su información comunicándose con Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al (805) 781-4724.

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

Sí, pero solo si lo permiten las leyes Estatales y Federales. En algunos casos, es posible que su información ya no esté sujeta a las leyes Federales de privacidad una vez que se comparta.

6. ¿Cuándo vence mi consentimiento?

Sus proveedores podrán acceder a su información por 10 años después de la fecha en la que firme, a menos que revoque su consentimiento antes.

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

Sí, tiene derecho a revocar este formulario en cualquier momento. Si quiere revocarlo, debe comunicarse con Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al (805) 781-4724. Si lo revoca, sus proveedores aún pueden conservar cualquier información que hayan recibido sobre usted antes de la fecha de revocación.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

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

Sí, puede hacerlo incluyendo su nombre como representante legal de su hijo y firmando la última línea. Su hijo también debe firmar la primera línea si tiene más de 12 años. Si firma en nombre de un niño, el formulario caducará cuando su hijo cumpla 18 años.

9. ¿Tengo que firmar esto?

No, firmar este formulario es voluntario y negarse a firmarlo no tendrá efecto en su capacidad para obtener atención médica, seguro médico o cualquier beneficio del gobierno. Si no firma, algunos de sus proveedores aún pueden tener derecho a obtener parte de su información según la ley.

10. ¿Puedo tener una copia de este formulario?

Sí, tiene derecho a tener una copia de este formulario.

Firmando abajo, doy mi consentimiento para la revelación de mi información como se describe en este formulario. Además, incluyendo mi teléfono abajo, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas para comunicarse conmigo sobre mi consentimiento y cómo se puede compartir mi información (se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos).

Información del Paciente

Primer Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Email _____

Contacto _____ Relación _____

Teléfono del Paciente _____

DNC

DNLM

Teléfono alt. del Paciente _____

DNC

DNLM

Dirección del Paciente



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento de Atención Coordinada

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

Doy mi consentimiento para compartir información en todos los servicios en la red de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo.

Sí

No

Fecha de Inicio _____ Fecha de Finalización _____

Restricciones Identificadas Por el Paciente

Miembros del Personal Restringidos

Información sobre cualquier otra restricción para compartir mis datos. Esto provocará que el director de Privacidad de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo haga una revisión. Esto no garantiza la restricción de estos datos como se especifica en el texto.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____

Relación Con el Paciente _____

Firma del Personal _____ Fecha _____