授权共享机密Medi-Cal信息 (ASCMI)

版本 1.0 [试点]

2022年12月

免责声明：ASCMI 表格仅供 ASCMI 试点参与者使用。DHCS 不表示此表格是否适合在 ASCMI 试点之外使用。ASCMI 表格（包括附件）可能会发生变化。

名字	姓氏	出生日期	
邮寄地址	城市	州	邮编
居住地址	城市	州	邮编
电话号码	电子邮箱	受益人身份证 (BIC)	

签署此表格即表示您授权某些组织和个人出于第 1 部分所述的目的使用和共享您的健康和其他机密信息。

1. 用途

通过签名，您授权您的健康和其他机密信息仅共享给：

(a) 为您提供、推荐或帮助您获得医疗保健治疗、福利、计划、社会服务、个案管理、社区资源和其他支持（“服务”）以满足您的需求。

(b) 确定、支持、协调、改进和安排可能向您提供的服务的付款。

(c) 通过评估、报告和人口健康管理帮助 Medi-Cal 提供更好的护理。

2. 您授权共享的信息类型

通过签名，您授权仅出于上述目的共享以下类型的健康信息和其他有关您的机密信息。

(a) 受保护的健康信息 (PHI)，包括有关您的医疗保健、病史、实验室测试结果以及当前或未来状况和治疗的信息。

(b) 心理健康资讯，包括当前和过去对您心理健康状况的诊断和治疗。这不包括心理治疗笔记，只有在您单独同意的情况下才会共享这些笔记。

授权共享机密Medi-Cal信息 (ASCMI)

(c) 物质使用障碍信息，包括您当前和过去的酒精或药物使用诊断、用药、治疗、实验室测试、外伤史、出院情况。如果您勾选此表末尾的方框，这包括来自受联邦物质使用保密条例（42 CFR 第 2 部分）约束的物质/酒精使用障碍提供者的有关您的物质使用障碍信息。

(d) 个性化教育项目，以及有关学校提供的社会服务的其他信息。

(e) Medi-Cal 资格/注册信息，其中包括与您的服务和福利资格相关的收入和某些其他人口统计和地理信息。

(f) 住房/无家可归者信息，包括您的住房状况、历史记录和支持。

(g) 有限的刑事司法信息，包括预订数据、监禁日期和地点以及监管状态。您的同意不适用于您的犯罪记录、指控和移民身份。

3. 您信息的来源和接收者

签署即表示您同意允许健康信息交换或社区信息交换（“HIE/CIE”）促进您与您的护理合作伙伴之间交换您的健康和其他机密信息，您已经、正在或将要接受福利、治疗或服务（“您的护理伙伴”）。

仅可出于第 1 部分中的目的共享信息。您的护理伙伴可能包括以下人员：

(a) 医疗保健机构，例如医院、诊所、医生、药房和行为健康提供者。

(b) 管理式医疗计划 (MCP)，管理 Medi-Cal 福利并支付您在 Medi-Cal 下接受的服务费用。

(c) 某些社区组织 (CBO)必须遵守联邦医疗保健隐私法，包括一些医疗定制膳食提供者、住房提供者和哮喘治疗提供者。

(d) 校本提供者健康或社会服务，如护士、社会工作者和辅导员。

(e) 国家卫生机构，特别是加州卫生保健服务部、公共卫生部、社会服务部和发展服务部。

(f) 县机关，包括心理健康计划、人类/社会服务或福利部门、Medi-Cal 药物有组织的交付系统以及卫生和公共卫生部门。

(g) 惩教设施的提供者和个案管理员，例如拘留所、监狱和青年管教所中的那些人，仅用于本表格第 1 部分的目的。您不同意将您的信息用于刑事调查或起诉、量刑、假释或缓刑监督、移民执法或家庭法庭诉讼。

您的护理合作伙伴及其承包商同意遵守所有保护您信息的适用法律。

授权共享机密Medi-Cal信息 (ASCMI)

4. 本表格的到期、撤销或更改

一旦签署，此表格将一直有效，直到发生以下第一个情况：

(a) 自您最后一次加入 Medi-Cal 之日起 24 个月；

(b) 您撤销此表格；或者

(c) 您对此表格进行任何更改，修改后的表格将生效。

5. 您的权力

你明白：

(a) 您可以随时通过同意管理服务门户或通过向 HIE/CIE 发送由您或您的代表签署的撤销请求来撤销此表格。；

(b) 撤销在收到时生效，但可能不适用于根据您过往签署的表格已经共享的信息，这些信息可能不会被召回或删除；

(c) 您可以拒绝签署此表格，这样做不会影响您的治疗或护理、您接受服务的资格或能力，或服务费用的支付；

(d) 您有权收到此表格的副本；

(e) 您授权发布的信息可以由您的护理合作伙伴重新披露，但必须遵守本表格和适用法律；和

(f) 您可以通过联系 HIE/CIE 获得您的信息已向其披露的您的护理合作伙伴的列表。

如果您根据适用法律授权，这些权利中的每一项都适用于您的代表。

6. 未经您同意共享信息

您了解，即使您不签署此表格，根据联邦和州隐私法，您的一些护理合作伙伴也可能出于治疗、付款和其他目的共享您的机密信息，但受联邦物质使用保密法约束的提供者通常不得共享未经您的同意，您的物质使用障碍信息。

授权共享机密Medi-Cal信息 (ASCMI)

7. 授权

通过签署此表格，我授权某些组织和个人出于此表格第 1 部分中所述的目的使用和共享我的健康和其他机密信息。此外，如果我自愿在上面包含我的电话号码，我同意接收短信或电话与我沟通我的同意选择以及如何共享我的信息（可能会按标准消息和数据费率收费）。

❒ 通过勾选此框，我还授权披露来自受联邦物质使用保密条例（42 CFR 第 2 部分）约束的提供者的关于我的物质使用障碍信息。

如果您代表自己签字，请填写第一行。如果您代表他人签字，请填写第二行。如果您代表 12-17 岁的未成年人签字，未成年人应填写第一行，您应填写第二行。

受益人名称	受益人签名	日期（年/月/日）
代表姓名	代表签字	日期（年/月/日）