Autorización para compartir información confidencial de Medi-Cal (ASCMI)

Versión 1.0 [Piloto]

Diciembre de 2022

Descargo de responsabilidad: El formulario ASCMI está destinado a ser utilizado únicamente por los participantes del Piloto de ASCMI. El DHCS no se responsabiliza de la idoneidad de este formulario para usos fuera del Piloto de ASCMI. El formulario ASCMI, incluidos los archivos adjuntos, están sujetos a cambios.

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	
Dirección postal	City	Estado	Código postal
Dirección residencial	City	Estado	Código postal
Número(s) de teléfono	Correo electrónico	Tarjeta de Identificación de Beneficiario (BIC)	

Al firmar este formulario, autoriza a ciertas organizaciones e individuos a usar y compartir su salud y otra información confidencial para los fines descritos en la sección 1.

1. Propósitos

Al firmar, autoriza que su información de salud y otra información confidencial se comparta solo para:

(a) Brindarle, referirle o ayudarle a acceder a tratamientos de atención médica, beneficios, programas, servicios sociales, administración de casos, recursos comunitarios y otros apoyos ("Servicios") para satisfacer sus necesidades.

(b) Identificar, respaldar, coordinar, mejorar y organizar el pago de los Servicios que se le pueden proporcionar.

(c) Ayudar a Medi-Cal a brindar una mejor atención a través de la evaluación, los informes y la gestión de la salud de la población.

2. Tipos de su información que usted autoriza a compartir

Al firmar, usted autoriza que se compartan los siguientes tipos de información médica y otra información confidencial sobre usted solo para los fines establecidos anteriormente.

(a) Información médica protegida (PHI), incluida información sobre su atención médica, historial médico, resultados de pruebas de laboratorio y condiciones y tratamientos actuales o futuros.

(b) Información de salud mental, incluidos los diagnósticos y tratamientos actuales y pasados de sus afecciones de salud mental. Esto no incluye notas de psicoterapia, que solo se comparten si usted da su consentimiento por separado.

(c) Información sobre el trastorno por consumo de sustancias, incluidos sus diagnósticos actuales y pasados de consumo de alcohol o drogas, medicamentos, tratamientos, pruebas de laboratorio, historial de traumatismos, altas de instalaciones. Esto incluye su información sobre trastornos por uso de sustancias que proviene de un proveedor de trastornos por uso de sustancias/alcohol sujeto a las normas federales de confidencialidad por uso de sustancias (42 CFR Parte 2) si marca la casilla al final de este formulario.

(d) Programas de educación individualizados, y otra información sobre los servicios sociales proporcionados en las escuelas.

(e) Información de elegibilidad/inscripción de Medi-Cal, que incluye ingresos y cierta otra información demográfica y geográfica relacionada con su elegibilidad para Servicios y beneficios.

(f) Información sobre vivienda/personas sin hogar, incluido su estado de vivienda, historial y apoyos.

(g) Información limitada de justicia penal, incluidos los datos de reserva, las fechas y el lugar de encarcelamiento y el estado de supervisión. Su consentimiento no se aplica a sus antecedentes penales, cargos y estado migratorio.

3. **Fuentes y destinatarios de su información**

Al firmar, acepta permitir un intercambio de información de salud o un intercambio de información comunitaria ("HIE/CIE") facilitar el intercambio de su salud y otra información confidencial con y entre sus cuidadores de los que ha recibido, está recibiendo o recibirá beneficios, tratamiento o servicios ("Sus socios de atención"). La información se puede compartir solo para los fines de la parte 1. Sus socios de atención pueden incluir lo siguiente:

(a) Proveedores de servicios de salud, como hospitales, clínicas, médicos, farmacias y proveedores de salud del comportamiento.

(b) Planes de atención administrada (MCP), que administran los beneficios de Medi-Cal y pagan los servicios que recibe bajo Medi-Cal.

(c) Ciertas organizaciones comunitarias (CBO) que deben cumplir con las leyes federales de privacidad de la atención médica, incluidos algunos proveedores de comidas, proveedores de vivienda y proveedores de remedios para el asma médicamente personalizados.

Autorización para compartir información confidencial de Medi-Cal (ASCMI)

(d) Proveedores basados en la escuela de salud o servicios sociales, como enfermeras, trabajadores sociales y consejeros.

(e) Agencias estatales de salud, específicamente, los Departamentos de servicios de atención médica, Salud pública, Servicios sociales y Servicios de desarrollo de California.

(f) Agencias del condado, incluidos los planes de salud mental, los servicios humanos/sociales o los departamentos de bienestar, los sistemas organizados de entrega de medicamentos de Medi-Cal y los departamentos de salud y salud pública.

(g) Proveedores y administradores de casos en establecimientos correccionales, como los de las cárceles, prisiones y centros correccionales para jóvenes, solo para los fines de la parte 1 de este formulario. No da su consentimiento para el uso de su información para investigaciones o enjuiciamientos penales, sentencias, control de libertad condicional o libertad condicional, aplicación de la ley de inmigración o procedimientos judiciales de familia.

Sus socios de atención y sus contratistas aceptan obedecer todas las leyes aplicables que protegen su información.

4. **Caducidad, revocación o cambio de este formulario**

Una vez firmado, este formulario será efectivo hasta que ocurra lo primero de lo siguiente:

(a) 24 meses a partir de la fecha en que se inscribió por última vez en Medi-Cal;

(b) usted revoca este formulario; o

(c) realiza cualquier cambio en este formulario, y el formulario modificado entra en vigor.

5. **Sus derechos**

Usted entiende que:

(a) puede revocar este formulario en cualquier momento a través del portal del servicio de gestión de consentimiento o enviando una solicitud de revocación firmada por usted o su representante al HIE/CIE. ;

(b) una revocación entra en vigencia cuando se recibe, pero es posible que no se aplique a la información ya compartida en función de su formulario ejecutado anteriormente, que no se puede recuperar ni eliminar;

(c) puede negarse a firmar este formulario y hacerlo no afectará su tratamiento o atención, su elegibilidad o capacidad para recibir Servicios, o el pago de los Servicios;

(d) tiene derecho a recibir una copia de este formulario;

(e) Your Care Partners podría volver a divulgar la información que autorice para su divulgación, pero solo de conformidad con este formulario y la ley aplicable; y

(f) puede obtener una lista de sus socios de atención a los que se ha divulgado su información poniéndose en contacto con el HIE/CIE.

Autorización para compartir información confidencial de Medi-Cal (ASCMI)

Cada uno de estos derechos se extiende a su representante si usted lo autoriza conforme a la ley aplicable.

6. **Compartir información sin su consentimiento**

Usted comprende que incluso si no firma este formulario, según las leyes de privacidad federales y estatales, algunos de sus socios de atención pueden compartir su información confidencial para tratamiento, pago y otros fines, pero los proveedores sujetos a las leyes federales de confidencialidad sobre el uso de sustancias generalmente no pueden compartir su información sobre el trastorno por consumo de sustancias sin su consentimiento.

7. **Autorización**

Al firmar este formulario, autorizo a ciertas organizaciones e individuos a usar y compartir mi salud y otra información confidencial para los fines descritos en la parte 1 de este formulario. Además, si incluyo voluntariamente mi número de teléfono arriba, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas para informarme sobre mis opciones de consentimiento y cómo se puede compartir mi información (se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos).

☐ Al marcar esta casilla, también autorizo la divulgación de información sobre mi trastorno por uso de sustancias que proviene de proveedores sujetos a las normas federales de confidencialidad sobre el uso de sustancias (42 CFR Parte 2).

Si está firmando en su propio nombre, llene la primera línea. Si firma en nombre de otra persona, complete la segunda línea. Si firma en nombre de un menor de 12 a 17 años, el menor debe completar la primera línea y usted debe completar la segunda línea.

Nombre del beneficiario	Firma del Beneficiario	Fecha (mm/dd/aaaa)
Nombre del Representante	Firma del Representante	Fecha (mm/dd/aaaa)