Awtorisasyon na Magbahagi ng Kumpidensyal na Impormasyon sa Medi-Cal (ASCMI)

Version 1.0 [Pilot]

Disyembre 2022

Pagtatanggi: Ang ASCMI Form ay nilalayon na gamitin lamang ng mga kalahok ng ASCMI Pilot. Ang DHCS ay hindi gumagawa ng representasyon tungkol sa pagiging angkop ng form na ito para sa paggamit sa labas ng ASCMI Pilot. Ang ASCMI Form, kasama ang mga kalakip nito, ay maaaring magbago.

Pangalan	Apelyido	Araw ng Kapanganakan	
Mailing Address o Address sa Koreo	Lungsod	Estado	Zip Code
Residential Address o Address ng Ti rahan	Lungsod	Estado	Zip Code
(Mga) numero ng telepono	Email	Beneficiary Identification Card (BIC)	

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinahihintulutan mo ang ilang organisasyon at indibidwal na gamitin at ibahagi ang iyong kalusugan at iba pang kumpidensyal na impormasyon para sa mga layuning inilarawan sa seksyon 1.

1. Mga layunin

Sa pamamagitan ng paglagda, pinapahintulutan mo ang iyong kalusugan at iba pang kumpidensyal na impormasyon na ibahagi lamang sa:

(a) Ibigay sa iyo, i-refer o isangguni ka, o tulungan kang ma-access ang paggamot sa pangangalagang pangkalusugan, mga benepisyo, mga programa, mga serbisyong panlipunan, pamamahala ng kaso, mga mapagkukunan ng komunidad, at iba pang mga suporta ("Mga Serbisyo") upang matugunan ang iyong mga pangangailangan.

(b) Kilalanin, suportahan, i-coordinate, pagbutihin, at ayusin ang pagbabayad para sa Mga Serbisyong maaaring ibigay sa iyo.

(c) Ang Help Medi-Cal ay nagbibigay ng mas mabuting pangangalaga sa pamamagitan ng pagsusuri, pag-uulat, at pamamahala sa kalusugan ng populasyon.

2. Mga Uri ng Iyong Impormasyon na Pinapahintulutan Mong Ibahagi

Sa pamamagitan ng paglagda, pinapahintulutan mo ang mga uri ng kalusugan sa ibaba at iba pang kumpidensyal na impormasyon tungkol sa iyo na ibahagi lamang para sa mga layuning nakasaad sa itaas.

(a) Protected health information o Protektadong impormasyon ng kalusugan (PHI), kabilang ang impormasyon tungkol sa iyong pangangalagang pangkalusugan, kasaysayang medikal, mga resulta ng pagsusuri sa lab, at mga kundisyon at paggamot sa kasalukuyan o sa hinaharap.

(b) Impormasyon sa kalusugan ng pag-iisip, kabilang ang kasalukuyan at nakaraang mga diagnosis at paggamot ng iyong mga kundisyon sa kalusugan ng isip. Hindi kasama dito ang mga talaan sa psychotherapy, na ibabahagi lamang kung hiwalay kang pumayag.

(c) Impormasyon sa diperensya sa paggamit ng sangkap, kabilang ang iyong kasalukuyan at nakaraang mga pagsusuri sa paggamit ng alkohol o droga, mga gamot, paggamot, mga pagsusuri sa lab, kasaysayan ng trauma, mga pagpapalabas sa pasilidad. Kabilang dito ang impormasyon tungkol sa iyo tungkol sa karamdaman sa paggamit ng sankap na nagmumula sa isang provider ng karamdaman sa paggamit ng sankap /alkohol na napapailalim sa mga regulasyon sa pagiging kumpidensyal ng paggamit ng sankap
(42 C.F.R. Part 2) kung lagyan mo ng check ang kahon sa dulo ng form na ito.

(d) Mga Programang Pang-indibidwal na Edukasyon, at iba pang impormasyon tungkol sa mga serbisyong panlipunan na ibinibigay sa mga paaralan.

(e) Impormasyon sa pagiging kwalipikado/pagpapatala ng Medi-Cal, na kinabibilangan ng kinikita at ilang iba pang demograpiko at heyograpikong impormasyon na nauukol sa iyong pagiging karapat-dapat para sa Mga Serbisyo at benepisyo.

(f) Impormasyon sa pabahay/kawalan ng tirahan, kabilang ang iyong katayuan sa pabahay, kasaysayan, at mga suporta.

(g) Limitadong impormasyon sa hustisyang kriminal, kabilang ang data ng booking, mga petsa at lokasyon ng pagkakulong, at katayuan ng pangangasiwa. Ang iyong pahintulot ay hindi nalalapat sa iyong kriminal na kasaysayan, mga akusasyon, at katayuan sa imigrasyon.

3. **Mga Pinagmulan at Tatanggap ng Iyong Impormasyon**

Sa paglagda, sumasang-ayon ka na payagan ang pagpapalitan ng impormasyon sa kalusugan o pagpapalitan ng impormasyon ng komunidad ("HIE/CIE") na mapadali ang pagpapalitan ng iyong kalusugan at iba pang kumpidensyal na impormasyon kasama at sa pagitan ng iyong mga kasosyo sa pangangalaga kung saan mo natanggap, natatanggap, o matatanggap. mga benepisyo, paggamot, o mga serbisyo (""Your Care Partners o Ang Iyong Mga Kasosyo sa Pangangalaga"). Ang impormasyon ay maaaring ibahagi lamang para sa mga layunin sa part 1. Maaaring kabilang sa iyong Your Care Partners o Mga Kasosyo sa Pangangalaga ang sumusunod:

(a) Mga tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan, gaya ng mga ospital, klinika, manggagamot, parmasya, at tagapagbigay ng kalusugan sa pag-uugali.

(b) Managed care plans (MCPs), na nangangasiwa sa mga benepisyo ng Medi-Cal at nagbabayad para sa mga serbisyong natatanggap mo sa ilalim ng Medi-Cal.

(c) Ang ilang partikular na organisasyong nakabatay sa komunidad o community-based organizations (CBO) na dapat sumunod sa mga pederal na batas sa pagkapribado ng pangangalaga sa kalusugan, kabilang ang ilang medikal na iniangkop na tagapagbigay ng pagkain, tagapagbigay ng pabahay, at tagapagbigay ng remediation ng hika.

(d) Mga tagapagbigay na nakabase sa paaralan ng serbisyong pangkalusugan o panlipunan, gaya ng mga nurse, social worker, at mga tagapayo.
(e) Ang mga ahensyang pangkalusugan ng estado, partikular, ang California Department of Health Care Services, Public Health, Social Services, at Developmental Services.
(f) Ang mga ahensya ng county, kabilang ang mga plano sa kalusugan ng pag-iisip, mga serbisyong pantao/panlipunan o mga departamento ng welfare, mga sistema ng paghahatid ng organisadong gamot ng Medi-Cal, at mga departamento ng kalusugan at pampublikong kalusugan.
(g) Mga provider at case manager sa correctional facility, tulad ng mga nasa kulungan, bilangguan, at youth correctional facility, para lamang sa mga layunin sa part 1 ng form na ito. Hindi ka pumapayag sa paggamit ng iyong impormasyon para sa mga kriminal na pagsisiyasat o pag-uusig, pagsentensiya, parol o pagsubaybay sa probasyon, pagpapatupad ng imigrasyon, o paglilitis sa korte ng pamilya.

Ang Your Care Partners at ang kanilang mga kontratista ay sumasang-ayon na sundin ang lahat ng naaangkop na batas na nagpoprotekta sa iyong impormasyon.

4. Pag-expire, Pagbawi, o Pagbabago ng Form na Ito

Kapag nalagdaan na, ang form na ito ay magkakabisa hanggang sa maganap ang una sa mga sumusunod:

(a) 24 na buwan mula sa petsa kung kailan ka huling na-enroll sa Medi-Cal;
(b) binawi mo ang form na ito; o
(c) gumawa ka ng anumang pagbabago sa form na ito, at magiging epektibo ang binagong form.

5. Ang Inyong mga Karapatan

Naiintindihan mo na:

(a) maaari mong bawiin ang form na ito anumang oras sa pamamagitan ng portal ng serbisyo sa pamamahala ng pahintulot o sa pamamagitan ng pagpapadala ng kahilingan sa pagbawi na nilagdaan mo o ng iyong kinatawan sa HIE/CIE. ;
(b) ang isang pagbawi ay epektibo kapag natanggap ngunit maaaring hindi nalalapat sa impormasyong naibahagi na batay sa iyong nakaraang naisagawa na form, na maaaring hindi mabawi o matanggal;
(c) maaari mong tanggihan na lagdaan ang form na ito at ang paggawa nito ay hindi makakaapekto sa iyong paggagamot o pangangalaga, ang iyong pagiging karapat-dapat o kakayahang tumanggap ng Mga Serbisyo, o ang pagbabayad para sa Mga Serbisyo;
(d) may karapatan kang makatanggap ng kopya ng form na ito;
(e) ang impormasyong pinahintulutan mo para sa pagpapalabas ay maaaring muling ibunyag ng Iyong Your Care Partners o Mga Kasosyo sa Pangangalaga, ngunit bilang pagsunod lamang sa form na ito at naaangkop na batas; at
(f) maaari kang makakuha ng listahan ng Your Care Partners kung saan ang iyong impormasyon ay isiniwalat sa pamamagitan ng pakikipag-ugnayan sa HIE/CIE.

Awtorisasyon na Magbahagi ng Kumpidensyal na Impormasyon sa Medi-Cal (ASCMI)

Ang bawat isa sa mga karapatang ito ay umaabot sa iyong kinatawan kung pinahihintulutan mo sa ilalim ng naaangkop na batas.

6. **Ang Pagbabahagi ng Impormasyon Nang Walang Iyong Pahintulot**

Nauunawaan mo na kahit na hindi mo nilagdaan ang form na ito, sa ilalim ng mga batas sa pagkapribado ng pederal at estado ay maaaring ibahagi ng ilan sa Your Care Partners ang iyong kumpidensyal na impormasyon para sa paggamot, pagbabayad, at iba pang mga layunin, ngunit ang mga provider na napapailalim sa mga batas pederal sa pagiging kumpidensyal ng paggamit ng sangkap na sa pangkalahatan ay maaaring hindi magbahagi. impormasyon ng iyong karamdaman sa paggamit ng sangkap nang wala kang pahintulot.

7. **Awtorisasyon**

Sa paglagda sa form na ito, pinahihintulutan ko ang ilang organisasyon at indibidwal na gamitin at ibahagi ang aking kalusugan at iba pang kumpidensyal na impormasyon para sa mga layuning inilarawan sa part 1 ng form na ito. Gayundin, kung kusang-loob kong isama ang aking numero ng telepono sa itaas, pumapayag ako sa pagtanggap ng mga pag-text o pag-tawag upang makipag-ugnayan sa akin tungkol sa aking mga pagpipilian sa pagpapahintulot at kung paano maaaring ibahagi ang aking impormasyon (maaaring ilapat ang karaniwang mga rate ng mensahe at data).

- ❒ Sa pamamagitan ng paglalagay ng check sa kahon na ito, pinapahintulutan ko rin ang pagsisiwalat ng impormasyon tungkol sa akin ng karamdaman sa paggamit ng sangkap na nagmumula sa mga provider na napapailalim sa mga regulasyon sa pagiging kumpidensyal ng paggamit ng substansiya (42 C.F.R. Part 2).

Kung ikaw ay lumalagda sa iyong sariling ngalan, punan ang unang linya. Kung lumalagda ka sa ngalan ng ibang tao, punan ang Ika-2 na linya. Kung ikaw ay lumalagda sa ngalan ng isang menor de edad na may edad na 12-17, dapat punan ng menor de edad ang 1st line at dapat mong punan ang 2nd line.

Pangalan ng Benepisyaryo	Lagda ng Benepisyaryo	Petsa (mm/dd/yyyy)
Pangalan ng Kinatawan	Lagda ng Kinatawan	Petsa (mm/dd/yyyy)