ANEXO D
Preguntas frecuentes (FAQ) para miembros de Medi-Cal

PREGUNTAS FRECUENTES: Descripción general del formulario experimental ASCMI

1. **¿Qué es el formulario ASCMI?**
   El formulario ASCMI es un documento en el que se solicita su consentimiento para permitir que sus proveedores de atención médica, incluidos los médicos y coordinadores asistenciales (también conocidos como sus cuidadores), compartan su información entre ellos. Esto puede ayudarlo a evitar tener que compartir la misma información varias veces o firmar un nuevo formulario de consentimiento cada vez que sus cuidadores necesiten compartir su información. También permite hacer derivaciones y citas con otros proveedores de atención más rápido.

2. **¿Por qué se me pide que firme el formulario ASCMI?**
   Sus cuidadores podrán identificarlo mejor, derivarlo y ayudarlo a coordinar otros servicios y asistencia que podrían satisfacer sus necesidades de atención médica u otras necesidades. Por ejemplo, si necesita ayuda para encontrar vivienda y ha firmado el formulario ASCMI, su médico de atención primaria puede conectarlo con un proveedor de vivienda en su comunidad y brindarle información para comenzar el proceso de ayudarlo.

3. **¿Quién puede firmar el formulario?**
   El formulario ASCMI se está probando en los condados de Santa Cruz, San Diego y San Joaquin. En este momento, se alienta a todos los miembros de Medi-Cal que residen en uno de los condados piloto a firmar el formulario ASCMI.

4. **¿Por qué debo firmar este formulario?**
   Firmar el formulario ASCMI permite que sus cuidadores compartan su información para poder coordinar su atención y conectarlo con tratamientos de atención médica, beneficios, programas, servicios sociales, coordinación asistencial, recursos comunitarios y otros tipos de asistencia. Evitará demoras y tener que firmar más documentación para obtener servicios.

5. **¿Tengo que firmar este formulario?**
   No, firmar el formulario ASCMI es opcional y NO es obligatorio para recibir atención o servicios.

6. **¿Qué pasa si no firmo este formulario? ¿Se me negarán los servicios si no firmo este formulario?**
   Si elige no firmar el formulario, no se le negará la atención ni los servicios. Sin embargo, si firma el formulario ASCMI, su cuidador puede tener un mejor acceso a su información social y de salud y estar mejor capacitado para coordinar su

atención y ayudarlo a conectarse a los servicios más rápido. Reducirá la cantidad de veces que debe compartir sus antecedentes sociales y médicos.

7. **¿Al firmar este formulario me inscribo en Medi-Cal u otros programas y servicios?**
   No, al firmar el formulario ASCMI no se inscribe en Medi-Cal ni en otros programas y servicios. Sin embargo, si firma el formulario ASCMI, sus cuidadores tendrán información que ayudará a identificar los programas y servicios para los que puede calificar.

8. **¿Necesito un representante para firmar este formulario para mí?**
   Miembros de Medi-Cal menores de 18 años: tanto el menor como el padre o tutor del menor deben firmar el formulario.

   Miembros de Medi-Cal mayores de 18 años: si tiene 18 años o más, usted es la única persona que debe firmar el formulario, a menos que tenga un tutor que actúe en su nombre.

9. **¿Qué sucede después de firmar el formulario ASCMI?**
   Se almacena un registro de su firma en el "servicio de gestión de consentimiento", una plataforma segura en línea. Usted y sus cuidadores pueden acceder al servicio de gestión de consentimiento para cambiar o revocar su autorización en cualquier momento. Sus cuidadores le proporcionarán instrucciones sobre cómo puede acceder al servicio de gestión de consentimiento.

10. **Si cambio de opinión, ¿cómo cambio o revoco mi autorización?**
    Puede cambiar o revocar su autorización comunicándose con sus cuidadores e informándoles sobre su deseo de hacerlo. Consulte la Pregunta frecuente 15 para obtener información adicional sobre cómo revocar su autorización a través de telesalud. También puede revocar o eliminar su autorización al iniciar sesión en el servicio de gestión de consentimiento y actualizar su preferencia.

11. **¿Cómo obtengo una copia de este formulario?**
    Puede solicitar una copia a sus cuidadores.

12. **¿Cuál es la diferencia entre información de salud protegida (PHI), información de salud mental e información sobre trastornos por uso de sustancias?**
    La PHI generalmente abarca su información de salud que está en manos de sus proveedores de atención médica y su plan de salud, incluida la información de salud física, información de salud mental e información sobre trastornos por uso de sustancias. Toda la PHI está protegida por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Para obtener más información sobre HIPAA, visite HHS.gov. La información de salud mental y la

información sobre trastornos por uso de sustancias son tipos de PHI que pueden estar sujetos a protecciones adicionales según la ley federal.

13. **¿Se puede compartir mi información confidencial incluso si no firmo este formulario?**
    Sí, parte de su información puede ser compartida incluso si no firma. Por ejemplo, los médicos que le brindan tratamiento generalmente pueden compartir su información para ayudar a proporcionar ese tratamiento.

14. **Si firmo este formulario, ¿se puede compartir toda mi información confidencial?**
    Incluso si firma este formulario, hay cierta información confidencial que no se compartirá sin un consentimiento adicional.
    - La PHI que está relacionada con el tratamiento del trastorno por uso de sustancias no se puede compartir a menos que usted dé su consentimiento específico por escrito al marcar la casilla en la Parte 7: Autorización del formulario ASCMI.
    - Cierta información de salud mental, como las notas de las sesiones con su terapeuta, también requieren su consentimiento específico para poder compartirse.

15. **¿Puedo firmar este formulario por teléfono o durante una visita de telesalud? Y, de ser así, ¿cómo?**
    Sí. Una firma electrónica es válida y, según la ley federal, una firma electrónica puede incluir una grabación oral. Sus cuidadores pueden enviarle una copia electrónica para que la firme. Sus cuidadores también pueden leerle el formulario ASCMI y registrar su consentimiento verbal.

PREGUNTAS FRECUENTES: Información que se divulga

16. **¿Qué sucede si no deseo compartir todos los tipos de información enumerados en la Parte 2: Tipos de su información que usted autoriza a compartir del formulario ASCMI? ¿Puedo seleccionar qué tipos de información me gustaría que se divulgaran?**
    En este momento, solo tiene la opción de seleccionar si desea que se comparta o no la información sobre su trastorno por consumo de sustancias marcando la casilla en Parte 7: Autorización del formulario ASCMI.

    No tiene la opción de hacer otras selecciones en este momento.

17. **Si firmo este formulario, ¿se compartirá mi información de salud reproductiva con mis cuidadores? ¿Se podrá compartir mi información de salud reproductiva con proveedores u organismos gubernamentales fuera de California?**
    Su información de salud reproductiva, como la información relacionada con la fertilidad, el control de la natalidad, el embarazo y el aborto, es PHI. Al firmar

este formulario, usted permite que su información de salud reproductiva se comparta entre cuidadores y sus contratistas solo para los fines descritos en la Parte 1: Propósitos del formulario ASCMI y solo según lo permita la ley federal y estatal.

Por ejemplo, si sus médicos saben que está embarazada, pueden ayudarla a recibir la atención médica adecuada y acceder a otros recursos. Este formulario no permite que esta información se comparta con organismos gubernamentales fuera de California.

PREGUNTAS FRECUENTES: Organizaciones que envían y reciben mi información

18. **¿Quién está enviando mis datos? ¿Quién está recibiendo mis datos?**
    Sus cuidadores, enumerados en la Parte 3: Fuentes y destinatarios de su información del Formulario ASCMI, estarán compartiendo sus datos. Por ejemplo, su médico podría compartir su información de vivienda con su plan de seguro médico, de modo que su plan pueda ayudarlo a inscribirse en servicios conocidos como Apoyo comunitario para recibir servicios relacionados con la vivienda.

19. **¿Qué sucede si no deseo compartir mi información con todas las organizaciones enumeradas en la Parte 3: Fuentes y destinatarios de su información? ¿Puedo seleccionar con qué organizaciones se puede compartir mi información?**
    No tiene la opción de seleccionar solo ciertas organizaciones con las que se compartirá su información en este momento. Su consentimiento se aplicará a todos los cuidadores enumerados en Parte 3: Fuentes y destinatarios de su información del Formulario ASCMI. Todas estas organizaciones son proveedores que ayudan con la atención médica y otros apoyos comunitarios, y deben cumplir con todas las leyes que protegen su información.

20. **¿Se puede compartir mi información con organizaciones que no figuran en la Parte 3: Fuentes y destinatarios de su información en el formulario ASCMI?**
    Hay algunos casos en los que su información puede compartirse con otras organizaciones, pero solo cuando lo permita la ley. Por ejemplo, algunos organismos de salud pública pueden tener el derecho legal de obtener su información, incluso si no firma un formulario que les permita ver información sobre usted.

21. **Al firmar este formulario, ¿le daría acceso a la policía o a las autoridades de inmigración a mi información confidencial?**
    No, al firmar el formulario ASCMI usted no permite que la policía o las autoridades de inmigración tengan acceso o reciban su información confidencial. Si esas organizaciones desean obtener su información, deberán confiar en otras

autoridades legales para hacerlo (por ejemplo, mediante la obtención de una orden judicial).

22. **Si tengo menos de 18 años, ¿se compartirá mi información confidencial con mis padres o tutores legales?**
En algunos casos, su información confidencial se puede compartir con sus padres o tutores legales. Los padres y tutores a menudo tienen derecho a ver información sobre sus hijos menores de 18 años.

Sin embargo, para los servicios para los cuales un menor tiene derecho a dar su consentimiento sin la participación de los padres, como algunos servicios de salud reproductiva, tratamiento de salud mental y tratamiento de trastornos por uso de sustancias, el padre o tutor no tendrá derecho a ver los registros. Por ejemplo, si tiene 12 años o más y obtiene control de la natalidad, sus padres no tendrán derecho a ver sus registros de control de la natalidad.

23. **¿Puedo averiguar con quién se compartió mi información confidencial?**
Sí, puede obtener una lista de sus cuidadores a los que se ha divulgado su información comunicándose con el Intercambio de información médica o el intercambio de información comunitaria que permite el intercambio de datos en su condado.

ANEXO E
Glosario

- **42 CFR, Parte 2**: La regulación federal tiene por objeto proteger la confidencialidad de la información sobre el tratamiento del trastorno por uso de sustancias y garantizar que dicha información no se use contra un paciente en procedimientos penales, de custodia de menores, de divorcio o laborales. Consulte aquí el estatuto federal completo *("Divulgación de registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias", Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental).*

- **California Avanza e Innova Medi-Cal (CalAIM)**: la iniciativa multianual del DHCS para implementar cambios de política generales en todos los sistemas de prestación de Medi-Cal con los siguientes objetivos:
    - Identificar y gestionar las necesidades integrales a través de enfoques de atención integral de la persona y los impulsores sociales de la salud.
    - Mejorar los resultados de calidad, reducir las disparidades de salud y transformar el sistema de prestación a través del iniciativas basadas en el valor, la modernización y la reforma de pago.
    - Hacer que Medi-Cal sea un sistema más coherente y fluido para que los afiliados naveguen al reducir la complejidad y aumentar la flexibilidad.

  (CalAIM, DHCS)

- **Cuidadores**: organizaciones y entidades de las que ha recibido, está recibiendo o recibirá beneficios, tratamiento o servicios. Consulte la Parte 3: Fuentes y destinatarios de su información del formulario ASCMI para obtener más información.

- **Intercambio de Información Comunitaria (CIE):** permite que las redes de proveedores multidisciplinarios y socios accedan de manera adecuada, integren y compartan de manera segura información física, social y de servicios humanos para coordinar la atención y brindar atención proactiva y orientada a la persona integral para los miembros.

- **Intercambio de Información Comunitaria (HIE):** El HIE electrónico permite a los médicos, personal de enfermería, farmacéuticos, otros proveedores de atención médica y pacientes acceder de manera adecuada y compartir de forma segura la información médica vital de un paciente de forma electrónica, lo que mejora la velocidad, la calidad, la seguridad y el costo de la atención al paciente. *(Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de la Información de la Salud de EE. UU.).*

- **Programa de Educación Individualizada (IEP)**: Una declaración escrita para un niño con una discapacidad que se desarrolla, analiza y revisa de acuerdo con §§ 300.320 a 300.324 *(34 CFR § 300.22 - Programa de educación individualizado).*

- **Plan de Medicina Gestionada de Medi-Cal (MCP):** Un plan de salud que tiene un contrato con DHCS para brindar atención de salud física y servicios de atención de salud mental leve a moderada a los beneficiarios de Medi-Cal a través de una red de proveedores a un precio *per capita*. Los planes de medicina gestionada enfatizan la atención primaria y preventiva *(Propuesta de CalAIM, enero de 2021)*.

- **Gestión de la Salud de la Población (PHM)**: Un enfoque cohesivo a nivel estatal que garantiza que los miembros de Medi-Cal tengan acceso a un programa integral que conduce a vidas más largas, saludables y felices. Una PHM establecerá un plan de acción integral y responsable para abordar las necesidades y preferencias de los miembros a lo largo del proceso continuo de la atención. *(Iniciativa CalAIM PHM - Página web del DHCS)*.

- **Información de salud protegida (PHI)**: Información de salud creada o almacenada por entidades cubiertas (p. ej., planes de salud y proveedores de atención médica) que generalmente es confidencial según la ley federal. La PHI se puede compartir sin su consentimiento solo en determinadas circunstancias, como entre entidades cubiertas (y sus socios comerciales) con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o para cumplir con la ley aplicable. Usted tiene ciertos derechos sobre su PHI, incluidos, entre otros, los siguientes:
    - Puede pedir ver u obtener una copia impresa o electrónica de su historia clínica y demás información médica.
    - Puede aprender cómo su médico o aseguradora de salud usa y comparte su información de salud.
    - Puede informar a sus proveedores o compañías de seguros de salud si existe alguna información que no desea compartir.

  ("¿Qué es PHI?" y "Sus derechos de privacidad de la información de salud, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)