

Consentimiento para el uso y divulgación de información sobre el uso de sustancias

Para TRATAMIENTO, PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA u PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA SOLAMENTE (42 CFR PARTE 2)

Alameda County Health (AC Health) se compromete a brindarle atención de la más alta calidad. AC Health incluye múltiples departamentos y programas, como salud conductual, salud pública, servicios médicos de emergencia, atención médica para personas sin hogar y servicios de vivienda y para personas sin hogar, entre otros. AC Health también contrata proveedores comunitarios para brindar estos servicios esenciales. Para garantizar que reciba atención segura, coordinada y eficaz, los miembros de nuestro equipo clínico necesitan una comprensión completa de su historial médico y la atención que ha recibido dentro del Condado y sus proveedores afiliados. Por este motivo, el Departamento de Salud Conductual (ACBHD) de AC Health solicita su permiso para usar y divulgar su información sobre el uso de sustancias con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Al firmar este documento, usted autoriza el uso y divulgación de su información sobre el uso de sustancias como se describe a continuación.

Sección 1. Información del cliente

Nombre completo:

(Nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Nombre de la clínica/programa:

_____	_____	_____
CIN de Medi-Cal	Fecha de nacimiento	Número de teléfono

Sección 2. Consentimiento para usar y divulgar y propósitos de divulgación

Al firmar este formulario, yo doy mi consentimiento para permitir que las personas y organizaciones de la Sección 3 revelen a las personas y organizaciones de la Sección 4 mi información descrita en la Sección 5 para los fines de (seleccione solo **UNO** de los siguientes):

☐ **Tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO)**
O

☐ **Pago y operaciones de atención médica solamente**

Yo ***no autorizo*** la divulgación de mis registros de la Parte 2 para fines de Tratamiento según este consentimiento.

A continuación se muestran ejemplos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Tratamiento	Por ejemplo, esto permite que un proveedor de uso de sustancias consulte con mis proveedores de tratamiento (por ejemplo, salud mental, atención primaria) para mejorar mi plan de tratamiento o para que ACBHD coordine mi conexión con los servicios de vivienda o beneficios públicos.
Pago	Por ejemplo, esto le permite a mi proveedor de atención médica compartir información para recibir pagos por los servicios y determinar mi elegibilidad para servicios o beneficios.
Operaciones de atención médica	Por ejemplo, esto permite que mi información se comparta para actividades administrativas, financieras, legales, de auditoría y de mejora de la calidad necesarias para que una organización administre su negocio y respalde mi Tratamiento y Pago por mis servicios.

Sección 3. Nombres o tipos de organizaciones que divulgan la información

- Alameda County Health, Departamento de Salud Conductual.
- Cualquier proveedor de servicios u organización pasado, presente o futuro responsable de mi tratamiento, pago u operaciones de atención médica, incluida cualquier organización que los ayude con estas actividades.

Sección 4. Nombres de la organización que recibe la información

- Alameda County Health, Departamento de Salud Conductual.
- Departamento de Servicios de Atención Médica de California.
- Plan de salud o proveedor de atención médica.
- Cualquier proveedor de servicios u organización pasado, presente o futuro responsable del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, incluida cualquier organización que los ayude con estas actividades.

Sección 5. Descripción de la información sobre el tratamiento por uso de sustancias que se divulgará

Yo doy mi consentimiento para la divulgación de información sobre mi trastorno por uso de sustancias protegida según 42 CFR Parte 2 (incluidos, entre otros, diagnósticos, medicamentos, registros de tratamiento y antecedentes familiares y sociales) para los fines descritos en este formulario de consentimiento.

Sección 6. Vencimiento

Este consentimiento no caducará, a menos que escriba una fecha de vencimiento o evento aquí: _____

Sección 7. Mis derechos

- Entiendo que no tengo que firmar este formulario de consentimiento. Si no firmo para autorizar al menos el uso y la divulgación con fines de pago y operaciones de atención médica, se me puede negar el acceso a programas o servicios que requieren la divulgación de mi información sobre el uso de sustancias.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con las personas u organizaciones que no deseo revelar mi información, excepto si ya han confiado en este consentimiento para

revelar mi información. Mi revocación podrá realizarse verbalmente o por escrito.

- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento.

Sección 8. Aviso de nueva divulgación

Al firmar este formulario de consentimiento, permito la divulgación de mi información sobre el uso de sustancias como se describe anteriormente. Las personas u organizaciones enumeradas en la Sección 4 pueden confiar en este consentimiento para usar y divulgar mi información para Tratamiento, Pago y Operaciones de atención médica O Pago y Operaciones de atención médica (dependiendo de lo que marque en la Sección 2) solo según lo permita la ley. Una vez que mi información se use o divulgue bajo este consentimiento, podrá usarse o divulgarse más bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), en lugar de las protecciones más estrictas bajo 42 CFR Parte 2. Sin embargo, la Parte 2 aún continúa prohibiendo el uso y la divulgación de mi información sobre el uso de sustancias en procedimientos penales, civiles o administrativos en mi contra sin mi consentimiento específico por escrito o una orden judicial.

Sección 9. Firmas

Al menos uno de los siguientes documentos debe estar firmado y fechado para completar este formulario

Firma del cliente

Fecha

Si el cliente es un menor que tiene la autoridad legal para dar su consentimiento a su propio tratamiento por uso de sustancias según la ley estatal, el menor debe firmar el formulario. Si cumple 18 años o si cambia su tutela, deberá proporcionar un nuevo consentimiento.

Padre/Madre/Tutor o Representante Autorizado
NOMBRE EN IMPRENTA

**Padre/Madre/Tutor/Representante
Autorizado FIRMA**

Fecha

Si firma en nombre de un menor, la persona debe estar legalmente autorizada para dar su consentimiento para la divulgación de la información SUD del menor. Se debe proporcionar documentación de autoridad (por ejemplo, documentos de tutela, orden judicial). Por favor describa la autoridad: _____

42 CFR Parte 2 prohíbe el uso o la divulgación no autorizados de estos registros