



SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN MEJORADA DE LA ATENCIÓN (ECM)

Autorización para el uso, intercambio o divulgación de mi información personal y de atención médica confidencial

PROPÓSITO

Los proveedores de atención médica, los pagadores de salud y las agencias de servicios sociales se han unido para proporcionar **servicios de Administración Mejorada de la Atención (ECM, Enhanced Care Management)** para ayudar a promover su salud y bienestar. Para permitir que Partnership HealthPlan of California (“**Partnership**”) u otras entidades compartan sus datos de atención médica y otra información personal entre sí para brindarle estos servicios de ECM, primero debe otorgar su autorización. Si completa este formulario, usted autoriza el uso y la divulgación de sus datos de atención médica y otra información personal por parte de las siguientes entidades que participan en ECM (“**Entidades de ECM**”): proveedores de atención médica como hospitales, médicos y farmacias; Partnership y otros planes de atención administrada que gestionan los beneficios de Medi-Cal y pagan por los servicios que recibe bajo Medi-Cal; organizaciones comunitarias que deben cumplir con las leyes de privacidad de la atención médica; proveedores escolares, como enfermeros, trabajadores sociales y consejeros; los Departamentos de Servicios de Atención Médica, Salud Pública, Servicios Sociales y Servicios de Desarrollo de California; agencias del condado, que incluyen, entre otros, planes de salud mental, y proveedores y administradores de casos en centros correccionales, pero solo para los fines que se establecen a continuación. Su autorización permitirá a las Entidades de ECM usar y divulgar sus datos de atención médica y otra información personal para los siguientes propósitos (“**Propósitos**”): (a) para proporcionarle servicios de administración de la atención integrales, derivarlo a ellos o ayudarlo a recibirlos, lo que incluye la coordinación de los servicios de atención médica y relacionados con la salud y la administración de casos (“**Servicios**”) para satisfacer sus necesidades; (b) para identificar, respaldar, coordinar, mejorar y organizar el pago de los Servicios que se le puedan proporcionar; y (c) ayudar a Partnership a brindar una mejor atención a través de la evaluación, la presentación de informes y la gestión de la salud de la población. La información puede compartirse en un formato electrónico seguro, por escrito o verbalmente para coordinar los servicios para usted.

Información del miembro

Nombre:	Apellido:
Dirección:	
Número de teléfono:()	Fecha de nacimiento:
ID/CIN del miembro:	

Autorizo y pido que Partnership HealthPlan of California y las Entidades de ECM participantes nombradas en el Anexo A usen y compartan cualquier información de mi atención médica u otra información personal entre sí por el propósito establecido en esta Autorización.

Elija UNA de las opciones siguientes:

<p><i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i></p>	<p>Consentimiento para la comunicación por parte del Programa de ECM: mediante la escritura de mis iniciales aquí, permito que TODAS las Entidades de ECM enumeradas en el Anexo A usen y compartan mis datos de atención médica y otra información personal relacionada con mis antecedentes personales patológicos, mi condición física y mental y la recepción de servicios sociales, y que se comuniquen entre sí para proporcionar los Servicios de ECM. Los tipos de información de salud y otra información confidencial que estoy autorizando que compartan las Entidades de ECM incluyen:</p> <p>(a) Información médica protegida (PHI, protected health information), incluida la información sobre mi atención médica, antecedentes personales patológicos, resultados de pruebas de laboratorio y afecciones y tratamientos actuales o futuros.</p> <p>(b) Información de salud mental, incluidos los diagnósticos y tratamientos actuales y pasados de mis afecciones de salud mental, excepto las notas de psicoterapia, que solo se comparten si firmo un formulario de consentimiento por separado.</p> <p>(c) Información del Programa de Educación Individualizada y otra información sobre los servicios sociales proporcionados en la escuela.</p> <p>(d) Información de inscripción/elegibilidad para Medi-Cal, que incluye ingresos y otra información demográfica y geográfica relacionada con mi elegibilidad para servicios y beneficios.</p> <p>(e) Información sobre vivienda/falta de hogar, incluido mi situación de vivienda, historial y apoyos.</p> <p>(f) Información limitada de la justicia penal, incluidos los datos del ingreso a la cárcel, las fechas y el lugar del encarcelamiento y el estado de la supervisión. Mi consentimiento no se aplica a mis antecedentes penales, cargos y estado migratorio.</p>
<p><i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i></p>	<p>Me niego a participar en ECM: Entiendo que el programa de ECM permite que las Entidades de ECM se comuniquen entre sí para coordinar mi atención. Me niego a participar en el programa ECM. Puedo solicitar la participación en programas de administración de casos para los que soy elegible.</p>

Además, mediante la firma con mis iniciales a continuación, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (esta información NO se divulgará, a menos que usted lo autorice específicamente).

<p><i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i></p>	<p>Información de salud mental que incluye: diagnóstico, plan de tratamiento y nombre del proveedor. Esto no incluye las notas de psicoterapia que solo se comparten si firmo un formulario de consentimiento por separado.</p>
<p><i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i></p>	<p>Resultados de la prueba del VIH (Código de Salud y Seguridad § 120980 (g))</p>

Información sobre trastorno por consumo de sustancias

Los registros de trastorno por consumo de sustancias (“SUD”, substance use disorder) están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (Título 42, Parte 2 del CFR). Las reglas federales no permiten ninguna divulgación adicional de información que determine que un paciente tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea por referencia a información disponible públicamente o a través de la prueba de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que se permita una divulgación adicional con el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permita el Título 42, Parte 2 del CFR. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar, con respecto a un delito, a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto según lo dispuesto en las Secciones 2.12(c)(5) y 2.65. Si completa esta sección, autoriza a las Entidades de ECM a usar y divulgar la siguiente información de SUD para los Propósitos descritos en este formulario: sus diagnósticos actuales y anteriores de consumo de drogas o alcohol, medicamentos, tratamientos, pruebas de laboratorio, antecedentes traumáticos, altas del centro y cualquier otra información de SUD sobre usted que provenga de un proveedor de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias/alcohol sujeto a las regulaciones federales de confidencialidad de SUD (Título 42, Parte 2 del C.F.R.). Los registros de SUD (o la información contenida en ellos) que se utilizan o divulgan para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica por parte de ciertas Entidades de ECM, incluidos los proveedores de atención médica, planes de salud y otros pagadores externos, pueden volver a divulgarse según lo permitido por las regulaciones federales de la HIPAA, excepto para usos y divulgaciones para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos en su contra. Sus notas de consejería de SUD no se compartirán, a menos que firme un formulario de consentimiento por separado.

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Firme con iniciales aquí para permitir que las Entidades de ECM del Anexo A usen y compartan su información de SUD como se describe anteriormente, excepto las notas de asesoramiento para el SUD.
---------------------------------	---

Caducidad del formulario

Elija UNA de las dos opciones siguientes:

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Caducidad estándar: Esta autorización caducará en 1 año a partir de la fecha de hoy; O
<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Caducidad: Esta autorización caducará el: _____. Esta fecha no puede ser inferior a 6 meses (para participar en el programa de ECM), pero puede ser superior a 1 año a partir de la fecha de hoy.

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento llamando a Partnership al (800) 863-4115 o enviando una solicitud de revocación firmada a:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Enhanced Health Services
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
- Una revocación es efectiva cuando se recibe, pero es posible que no se aplique a la información

ya compartida, sobre la base de mi consentimiento previo para usar o divulgar información.

- Puedo optar por no firmar este formulario, y hacerlo no afectará mi tratamiento o atención, mi elegibilidad o capacidad para recibir Servicios, o el pago de los Servicios. Sin embargo, mi capacidad para participar en el programa de ECM puede verse afectada si no firmo esta Autorización.
- Incluso si no firmo este formulario, según las leyes de privacidad federales y estatales, algunas de las Entidades de ECM pueden compartir mi información confidencial para tratamiento, pago y otros fines, pero los proveedores sujetos a las leyes federales de confidencialidad sobre el consumo de sustancias generalmente no pueden compartir mi información sobre el trastorno por uso de sustancias sin mi consentimiento (Título 42. Parte 2 del CFR).
- Las Entidades de ECM pueden volver a compartir la información cuyo uso o divulgación autorizo, pero solo en cumplimiento de esta Autorización y las leyes aplicables.
- Puedo obtener una copia de la información médica que se está compartiendo.
- Tengo derecho a solicitar una copia de este formulario y se me enviará una.
- Puedo obtener una lista de todas las Entidades de ECM a las que se ha divulgado mi información, incluidas las entidades identificadas en el **Anexo A**, comunicándome con Partnership.
- Si incluyo voluntariamente mi número de teléfono en la sección anterior, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto o llamadas para que me hablen sobre mis opciones de consentimiento y cómo se pueden compartir mis datos de salud y otra información confidencial (se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos).
- Cada uno de los derechos anteriores se extiende a cualquier representante que autorice en virtud de la ley aplicable.

Firma del miembro

Si está firmando esta autorización en su propio nombre, complete la primera línea. Si está firmando en nombre de otra persona, complete la segunda línea. Si está firmando 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)