



SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN MEJORADA DE LA ATENCIÓN (ECM)

AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO O DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA Y PERSONAL CONFIDENCIAL

PROPÓSITO

Los proveedores de atención médica, los pagadores de gastos de salud y las agencias de servicios sociales se han unido para proporcionar servicios bajo el **Beneficio de Administración Mejorada de la Atención (ECM)** con el fin de ayudarlo a obtener los servicios que necesite para promover su salud y bienestar. Para permitir que Partnership HealthPlan of California (PHC) u otras entidades participantes compartan sus datos de atención médica y otra información personal, entre sí, primero debe otorgar su autorización (permiso). Al completar este formulario, usted autoriza el uso y la divulgación (liberación) de sus datos de atención médica y otra información personal por parte de las entidades que participan en ECM. Las entidades participantes solo utilizarán y compartirán la información necesaria para lograr el propósito o la derivación previstos. La información puede ser compartida en un formato electrónico seguro, por escrito o verbalmente durante las reuniones para coordinar los servicios para usted. Por favor, complete este formulario y envíelo a:

Partnership HealthPlan of California
Attn: Care Coordination – Northern Region
3688 Avtech Pkwy
Redding, CA 96002
Fax: (530) 351-9040

Partnership HealthPlan of California
Attn: Care Coordination – Southern Region
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Fax: (530) 351-9040

Información del Miembro

Nombre:

Apellido:

Dirección:

Número de teléfono: ()

Fecha de nacimiento:

ID/CIN del miembro:

Autorizo y solicito (pido) a **Partnership HealthPlan of California y las entidades participantes de ECM mencionadas en el Anexo A** que utilicen y compartan cualquiera de mis datos de atención médica u otra información personal, entre sí, para el propósito indicado anteriormente.

Elija UNA de las dos opciones siguientes:

*FIRME CON
INICIALES
AQUÍ*

Consentimiento para la comunicación por Programa ECM: al rubricar aquí, permito que TODAS las agencias enumeradas en el ANEXO A usen y compartan mis datos de atención médica y otra información personal relacionada con mi historia clínica, condición física y recepción de servicios sociales, y que se comuniquen entre sí para proporcionar servicios de ECM, O

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Negarse a participar en ECM: entiendo que el programa ECM permite a los socios de la comunidad comunicarse 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.
---------------------------------	---

Además, al rubricar a continuación, autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información (esta información NO se divulgará a menos que usted lo autorice específicamente)

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Información de salud mental que incluye: diagnóstico, plan de tratamiento y nombre del proveedor.
---------------------------------	---

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Resultados de la prueba del VIH (Código de Salud y Seguridad § 120980 (g))
---------------------------------	--

Información sobre trastorno por consumo de sustancias

Los registros de consumo de sustancias 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 identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por consumo de sustancias, ya sea por consulta a información de acceso público, o a través de la verificación de dicha identificación por otra persona, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida mediante el consentimiento por escrito de la persona cuya información se está divulgando o según lo permitido por el Título 42 de CFR.

Parte 2. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar, con respecto a un delito, a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§ 2.12 (c) (5) y 2.65.

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Firme aquí para permitir que las entidades en el Anexo A usen y compartan TODA su información sobre drogas y alcohol, incluidos los resultados de las pruebas, los planes de tratamiento, la asistencia a los programas, la comunicación con el consejero y el diagnóstico.
---------------------------------	---

Caducidad y revocación

Elija UNA de las dos opciones siguientes:

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Caducidad estándar. Esta Autorización expirará exactamente 5 años a partir de la fecha de hoy, O
---------------------------------	--

<i>FIRME CON INICIALES AQUÍ</i>	Caducidad anticipada. Esta Autorización expirará el: _____. Esta fecha no puede ser inferior a 6 meses (para participar en el programa ECM), ni superior a 5 años a partir de la fecha de hoy.
---------------------------------	--

Esta Autorización puede ser retirada y revocada (dada de baja) en cualquier momento llamando a PHC al (800) 863-4155 o enviando su solicitud firmada a: Partnership HealthPlan of California, Attn: Member Services 4665 Business Center Dr., Fairfield, CA 94534. La revocación surtirá efecto cuando PHC la reciba, pero no afecta a la información que ya ha sido divulgada.

Firma del Miembro

Entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa podría afectar mi capacidad para participar en el programa ECM. Mi negativa no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, servicios o elegibilidad para beneficios que de otro modo estarían disponibles para mí.
- Parte de la información compartida bajo esta Autorización puede ser compartida nuevamente con otros, bajo ciertas condiciones y ya no puede estar protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales.
- El Capítulo 42, Parte 2 de CFR no permite volver a divulgar los registros de consumo de sustancias que se rigen por esa Parte, sin mi autorización.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que se está compartiendo.
- Tengo derecho a solicitar una copia de esta autorización y se me enviará una.

Firma

Fecha

Nombre en letra imprenta

Relación con el Miembro