



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Coordinated Care Consent

Client Name _____ Client ID # _____

Autorización De Atención Coordinada

Al firmar este formulario, usted autoriza a ciertas organizaciones e individuos a usar y compartir su salud y otra información personal para fines relacionados con su tratamiento y atención. Podrán compartir su información a través de un sistema de registros médicos electrónicos mantenido por la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California llamado SmartCare.

1. ¿Quién compartirá mi información si firmo?

Al firmar, su información puede ser compartida por y con cualquiera de los siguientes que le brindan servicios a usted (sus proveedores) y que están conectados a SmartCare:

- Personal de la Agencia de Salud del Condado y organizaciones contratadas y proveedores individuales.

Sus proveedores también incluyen cualquier aseguradora de salud que le brinde cobertura, incluido cualquiera de sus planes de salud mental.

2. Si firmo, ¿mis proveedores podrán usar y compartir mi información por algún motivo?

No. Si firma, autoriza a sus proveedores a usar y compartir su información solo para fines limitados. Usted autoriza a sus proveedores a usar y compartir su información únicamente con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Por ejemplo, sus proveedores pueden usar su información para brindarle atención médica o de salud conductual, para coordinar su atención, para determinar cuánto se debe pagar por los servicios que se le brindan o para mejorar la calidad de la atención.

3. ¿Qué tipo de información sobre mí se puede compartir si firmo?

Sus proveedores pueden compartir los siguientes tipos de información sobre usted:

- Información de salud conductual, como cualquier condición de salud mental o trastorno por uso de alcohol o drogas que pueda tener, que podría incluir información sobre su historial de uso de sustancias y medicamentos, diagnósticos y resultados de pruebas de drogas.



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Coordinated Care Consent

Client Name _____ Client ID # _____

- Información médica relacionada con su registro de salud conductual, como información sobre enfermedades, lesiones, tratamientos médicos, alergias, medicamentos, análisis de sangre y su estado de VIH.

4. ¿Puedo obtener una lista de proveedores que vieron mi información?

Sí, podemos proporcionarle una lista de quienes examinaron información sobre usted. Solo pregúntenos.

5. ¿Los proveedores que ven información sobre mí en SmartCare pueden revelarla a otros?

Sí, si lo permiten las leyes estatales y federales. En algunos casos, es posible que su información ya no esté sujeta a las leyes federales de privacidad una vez que se comparte. Cierta información sobre usted sobre trastornos por uso de sustancias puede volver a divulgarse si lo permite la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico, excepto que usted no autoriza la divulgación de dicha información para usos en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra.

6. ¿Cuándo vence mi autorización?

Usted autoriza a sus proveedores a acceder a su información durante 1 año después de la fecha de su firma, a menos que indique a continuación que desea que la autorización dure un período de tiempo diferente.

7. ¿Puedo cambiar de opinión y revocar mi autorización más adelante?

Sí, tiene derecho a revocar este formulario en cualquier momento. Si desea revocar, debe comunicarse con nosotros al 800-838-1381. Si revoca, algunos de sus proveedores aún tendrán permiso legal para ver cierta información sobre usted a través de SmartCare en ciertas circunstancias, pero otra información (como la información sobre su trastorno por uso de sustancias) generalmente será inaccesible para ellos.

8. Si soy padre o tutor, ¿puedo firmar en nombre de mi hijo menor de 18 años?

Sí, puede hacerlo incluyendo su nombre como Representante Legal de su hijo y firmando a continuación. Su hijo también debe firmar si tiene 12 años



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Coordinated Care Consent

Client Name _____ Client ID # _____

o más, ya que tiene derecho a autorizar la divulgación de ciertos tipos de información. Si firma en nombre de un niño, el formulario caducará cuando su hijo cumpla 18 años.

9. ¿Tengo que firmar esto?

No, firmar este formulario es voluntario y negarse a firmarlo no afectará su capacidad de recibir atención médica, tratamiento de salud mental o abuso de sustancias, seguro médico ni ningún beneficio gubernamental. Si no firma, algunos de sus proveedores aún podrán ver parte de su información en SmartCare de acuerdo con la ley, pero la información a la que tendrán acceso será más limitada que si usted proporcionara autorización.

10. ¿Puedo tener una copia de este formulario?

Sí, tiene derecho a una copia de este formulario. Sólo pídanos uno.

Información de Cliente

Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Correo Electrónico _____

Contacto _____ Relación de contacto con el cliente _____

Números de Teléfono

Número de Teléfono _____ DNC DNLM

Número Alternativo _____ DNC DNLM



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Coordinated Care Consent

Client Name _____ Client ID # _____

Direcciones

Dirección del Ciente _____

Dirección Postal si es Diferente _____

Consentimiento

Doy mi consentimiento para compartir información en todos los servicios dentro de la red de salud conductual de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo.

Si No

12 meses 6 meses Fin del Tratamiento de Agencia

Fecha de Inicio _____ Fecha de Expiración _____

Restricciones Identificadas Por el Cliente

Personal restringido _____

Detalles sobre cualquier otra restricción para compartir mis datos. Esto provocará una revisión por parte del Oficial de Privacidad de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo. Esto no garantiza la restricción de estos datos como se especifica en el texto.



County of San Luis Obispo Behavioral Health
Coordinated Care Consent

Client Name _____ Client ID # _____

Firma de Cliente _____

Fecha _____

Firma de Padre / Guardian _____

Fecha _____

Parentesco _____

Firma de Personal _____

Fecha _____