



## Autorización para compartir información del Condado de Alameda

Autorización para compartir su información personal y médica protegida

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del cliente (Client Index Number, CIN) de Medi-Cal (si lo conoce): \_\_\_\_\_

**El Condado de Alameda (el “Condado”) solicita su autorización para permitir el intercambio de su información médica protegida y otra información personal (“información”).** Si está de acuerdo, su información se compartirá con (hacia y desde) el Condado y los siguientes tipos de organizaciones para ayudar a coordinar su atención, sus recursos y servicios humanos:

- proveedores de salud física y mental
- planes de salud
- proveedores de servicios de salud de la cárcel
- proveedores de respuesta ante crisis
- Agencia de Servicios Sociales
- apoyo a la vivienda
- servicios comunitarios, por ejemplo, bancos de alimentos, bibliotecas públicas y servicios legales

Su información proveniente de este tipo de organizaciones también se compartirá con proveedores de servicios para trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD). Los proveedores de servicios para SUD solamente la podrán recibir para ayudar a coordinar su atención, recursos y servicios humanos. Nota: Esta autorización no les permite a los proveedores de servicios para SUD compartir su información de los SUD.

**Compartir información facilita saber si usted es elegible para recibir los recursos.** También le permite obtener servicios y participar en programas organizados por el Condado y otras organizaciones en el Condado de Alameda para mejorar su salud (“servicios” y “programas”). Esto incluye programas y servicios como Alameda County Care Connect (Care Connect), Healthcare for the Homeless y Everyone Home.

**Es su decisión firmar este Formulario de autorización (“Formulario”).** Sin importar la decisión que tome, no cambiará su capacidad para recibir servicios médicos, tratamiento o servicios humanos públicos.

**Al firmar este Formulario,** autorizará que su información se comparta con (hacia y desde) el Condado y los tipos de organizaciones antes mencionados. Esto se usará para ver si

usted es elegible para otros recursos, ayudarle a tener contacto con ellos y coordinarlos a fin de que reciba un mejor servicio.

**Si no firma este Formulario**, aún podrá recibir servicios médicos, tratamiento o servicios humanos públicos. No firmar podría evitar que pueda participar plenamente en ciertos programas dentro del Condado para coordinar su atención.

---

**¿Cómo me beneficiará compartir mi información?**

Si permite que su información se comparta, aquellos que le brindan atención podrán realizar lo siguiente:

- identificarlo y vincularlo con programas, servicios o recursos que podrían beneficiar su salud y bienestar
- coordinar mejor su atención
- mejorar la calidad de los servicios
- realizar otros trabajos dentro de los programas del Condado

**¿De qué manera se compartirá?**

Su información se compartirá en formatos electrónicos mediante un registro de salud comunitario. Este es un tipo de programa de computadora que permite que las organizaciones compartan información para mejorar la salud de las personas. Su información también se compartirá en formatos verbales y escritos.

**¿Quién compartirá mi información?**

Su información se compartirá con (hacia y desde) el Condado y los tipos de organizaciones antes mencionados. Su información proveniente de este tipo de organizaciones también se compartirá con proveedores de servicios para SUD. Las organizaciones podrían incluir a las personas que trabajan en líneas de referencia o asesoramiento del Condado. También podrían incluir organizaciones relacionadas con su atención actual, anterior y futura. Se imprimirá una lista de las organizaciones actuales para usted. También puede acceder a la lista en [www.accareconnect.org/organizations](http://www.accareconnect.org/organizations).

La persona u organización con la que se comparta su información puede usar o divulgar su información, sin estar sujeto a la ley de privacidad.

**¿Puedo averiguar con quién se comparte mi información?**

Tiene derecho a solicitar una lista de las organizaciones que han accedido a su información utilizando este Formulario. Para realizar esa solicitud, llame al Servicio

de Asistencia de Intercambio de Información de Salud Social del Condado de Alameda (“Servicio de Asistencia”) al (510) 618-1997.

### **¿Qué información se compartirá?**

Se compartirá la información sobre los programas y servicios que recibió, recibe y recibirá en el futuro. Esto incluye información sobre:

- Afecciones de salud física y mental.
- Vivienda, y necesidades humanas o legales.

La información sobre los trastornos por consumo de sustancias (SUD) protegida por el Título 42, Parte 2 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) no está incluida en esta autorización.

La información compartida podría incluir los siguientes detalles:

- Su nombre, dirección, fecha de nacimiento, etc.
- Su estado de salud médica o mental y sus tratamientos.
- Su vivienda, alimentación, medio de transporte, empleo, ingreso y necesidades por motivo de discapacidad.
- El apoyo que recibe a través de la Agencia de Servicios Sociales del Condado, como Medi-Cal, CalFresh, Ayuda General, CALWORKs, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income).

### **¿Qué información se compartirá incluso si no firmo?**

Hasta ahora, las leyes estatales y federales permiten compartir cierta información. Por ejemplo, las organizaciones de atención médica pueden compartir su información de salud para brindarle tratamiento, recibir pagos y administrar sus programas. Firmar este Formulario no cambia lo que se puede compartir conforme a estas leyes.

### **¿Puedo limitar lo que se comparte?**

Puede limitar el intercambio de información sobre los resultados de la prueba de VIH y tratamientos de salud mental en la sección de permisos especiales.

### **Si firmo, ¿puedo cambiar de opinión más adelante?**

Tiene derecho a cambiar de opinión respecto al intercambio y revocar esta autorización en cualquier momento. Este Formulario es válido hasta la fecha en la que lo cancele o modifique por escrito.

- Para cancelarlo o hacer un cambio, hable con un miembro de su equipo de atención médica. Puede

llenar un formulario nuevo para reflejar los cambios. Cualquier cambio entrará en vigor a partir de la fecha en la que firme el Formulario nuevo.

- Cualquier dato o información compartida antes de realizar ese cambio no podrá revocarse.

**Sección requerida** Necesitamos su permiso especial para compartir la información sobre su tratamiento de salud mental y los resultados de su prueba del VIH.

Si da el permiso, la información sobre su tratamiento de salud mental y los resultados de su prueba del VIH se compartirán (de manera bidireccional) con el Condado y los tipos de organizaciones mencionados anteriormente para ayudar a coordinar su atención, recursos y servicios humanos. Aunque esto no se ajuste a su situación actual, dar este permiso puede ayudar a garantizar que su información pueda compartirse en el futuro si es necesario.

**Tratamiento de salud mental**

Doy permiso para que se comparta la información sobre mi tratamiento de salud mental pasado, presente y futuro. (Las notas de psicoterapia no se compartirán).

Sí  No

**Resultados de la prueba del VIH**

Doy permiso para que se comparta la información sobre mis resultados de la prueba del VIH pasados, presentes y futuros.

Sí  No

**Tengo el derecho a:**

- negarme a firmar este formulario
- recibir una copia de este formulario

**Al firmar este formulario, acepto que:**

- Leí este formulario o un representante del condado de Alameda o un miembro del equipo de atención me lo leyó.
- Lo comprendo.
- Doy autorización para que mi información se comparta como se describe anteriormente.
- Esta autorización permanecerá vigente por un periodo de 1 año o hasta que yo cambie o revoque mi autorización por escrito. Puedo hacer esto al comunicarme con un miembro de mi equipo de atención.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si lo firma una persona que no sea el cliente, escriba la relación de esa persona con el cliente:

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal



Alameda County  
Health Care Services Agency

## Revocación de la autorización para compartir información

---

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del cliente (Client Index Number, CIN) de Medi-Cal  
(si lo conoce): \_\_\_\_\_

Deseo revocar mi autorización. (Enviar al miembro de su equipo médico)

**Firma del cliente o del representante legal del cliente:**

\_\_\_\_\_  
*Mes / Día / Año*

Si lo firma el representante legal del cliente, describa la relación y autoridad para hacerlo:

\_\_\_\_\_