

Instrucciones para completar el formulario de consentimiento para el pago y las operaciones de atención médica de SAPC

El propósito de este formulario de consentimiento es autorizar el pago por todos los servicios prestados para el tratamiento para trastornos de uso de sustancias (SUD) y permitir la divulgación de su información de salud protegida por **42 CFR Parte 2** de SUD de sus proveedores actuales, pasados y futuros dentro de la Red de Proveedores de Prevención y Control de Abuso de Sustancias (SAPC) a SAPC, en su función como el Plan de Especialidad Medi-Cal para servicios de SUD, con el fin de pago por los servicios recibidos y otras operaciones de atención médica. Bajo HIPAA, las "operaciones de atención médica" incluyen una variedad de actividades como la realización/organización de servicios de auditoría, incluida la detección de fraude y abuso, programas de cumplimiento, administración empresarial y actividades administrativas generales. Este consentimiento también autoriza la presentación y el pago al Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS), Planes de Atención Administrada (MCP) y otros pagadores externos, así como la divulgación de toda la información necesaria para presentar y procesar reclamaciones.

Tenga en cuenta que su autorización es voluntaria y puede negarse a firmar este formulario de consentimiento. Sin embargo, si no firma este consentimiento, está aceptando la responsabilidad de todos los pagos, incluidos los montos que de otro modo serían facturados o reembolsados por SAPC, en su función como el plan especializado de SUD de Medi-Cal, así como cualquier pagador externo aplicable, y será responsable de todos los costos asociados de su propio bolsillo. Por favor, revise estas instrucciones antes de continuar.

Lea cada sección cuidadosamente

Este formulario incluye varias secciones que describen:

- **Qué información** se puede compartir
- **Quién** puede enviar y recibir la información
- **Por qué** se está compartiendo la información
- **Cuánto tiempo** dura la autorización para divulgar información
- **Sus derechos** para revocar la autorización de divulgación de información
- **Su derecho** a negarse a firmar y sus consecuencias

Por favor, **lea y revise cada sección** detenidamente antes de firmar.

Quién puede compartir y recibir su información

Al firmar este formulario, usted acepta autorizar el intercambio de información de salud protegida por 42 CFR Parte 2 sobre trastornos por uso de sustancias (SUD) de proveedores actuales, pasados y futuros dentro de la Red de Proveedores de SAPC a SAPC en su función como plan especializado de SUD de Medi-Cal para fines de pago y otras operaciones de atención médica. También autorizará la divulgación de información de su expediente médico a SAPC u otros pagadores externos, incluyendo toda la información necesaria para presentar y procesar reclamaciones, como su nombre, fecha de nacimiento, dirección, diagnóstico médico y servicios proporcionados a usted.

Por favor, consulte la Sección II "Entidades Autorizadas para Compartir Información de Salud" y la Sección III "Otra Información Importante".

Revise sus derechos bajo HIPAA y 42 CFR Parte 2

Este formulario establece sus derechos bajo las leyes federales y estatales. Tiene el derecho de:

- **Rechazar el firmar** esta autorización
- **Revocar** su autorización en cualquier momento por escrito o en persona
- **Recibir una copia** del formulario completado
- **Esperar protecciones de confidencialidad**, incluyendo límites de redistribución

Consulte la Sección III "Otra Información Importante" y la Sección V "Aviso que Acompaña a las Divulgaciones" para obtener más información relacionada con sus derechos bajo HIPAA y 42 CFR Parte 2.

Vencimiento de la autorización

Esta autorización no tiene vencimiento y permanecerá en vigor a menos que decida revocarla.

Consulte la Sección III "Otra Información Importante" y la Sección VI "Revocación del Consentimiento" para obtener más información sobre sus derechos de autorización.

Revocación de su autorización

Puede revocar su autorización en cualquier momento notificando por escrito o de forma presencial a su proveedor tratante o programa. La revocación **no** deshace la información ya compartida antes de que se recibiera la revocación. Los servicios prestados antes de la revocación seguirán considerándose autorizados a efectos de pago y operaciones de atención médica.

Consulte la Sección III "Otra Información Importante" y la Sección VI "Revocación del Consentimiento" para obtener más información sobre cómo revocar su autorización.

Intercambio electrónico y seguridad

Todas las divulgaciones, incluidas las realizadas electrónicamente, deben cumplir con:

- Requisitos de **HIPAA**
- **42 CFR Parte 2**
- Otras leyes de confidencialidad **federales y estatales aplicables**

Firme y feche el formulario

Su firma confirma que:

- Usted **entiende** la información en el formulario
- Usted **autoriza la divulgación de la información** descrita
- Usted **entiende sus derechos** bajo HIPAA y 42 CFR Parte 2

Si está firmando como **representante legal**, debe indicar su autoridad para hacerlo. Algunos ejemplos de autoridad legal incluyen Padre, Madre, Tutor Legal, Conservador, Albacea de la Herencia, Poder, y/o Pariente cercano. Se le requerirá proporcionar documentación adicional para corroborar su autoridad para consentir en nombre del cliente.

Si está firmando como testigo para una firma por marca, por favor complete la sección correspondiente con su información.

Entregue el formulario completado

Entregue el formulario firmado al proveedor, programa o agencia responsable de procesar su solicitud. Puede solicitar una copia para sus registros.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ABUSO DE SUSTANCIAS (SAPC)

CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Propósito del Consentimiento y Divulgación: El propósito de este consentimiento es autorizar el pago de todos los servicios prestados para el tratamiento para trastornos de uso de sustancias y permitir la divulgación de mi información de salud protegida bajo 42 CFR Parte 2 de mis proveedores actuales, pasados y futuros dentro de la Red de Proveedores de SAPC a SAPC, en su función como el Plan de Especialidad Medi-Cal para servicios de tratamiento para trastornos de uso de sustancias (SUD), con fines de pago y otras operaciones de atención médica. Este consentimiento también autoriza la presentación y el pago al Departamento de Servicios de Salud de California (DHCS), Planes de Atención Administrada (MCP) y otros pagadores externos, así como la divulgación de toda la información necesaria para presentar y procesar reclamaciones.

I. INFORMACIÓN DEL CLIENTE		
Nombre (Apellidos, nombre y segundo nombre):	Fecha de nacimiento:	Número de Medi-Cal:
Dirección de correo electrónico: <small>Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza a SAPC y a la Red de Proveedores de SAPC a contactarlo por correo electrónico.</small>	Número de teléfono:	Últimos 4 dígitos del SSN:
Dirección:	ID de Sage:	
II. ENTIDADES AUTORIZADAS PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD		
<p>Doy mi consentimiento para la divulgación de mi información de salud relacionada con el SUD protegida por 42 CFR Parte 2 de mis proveedores de tratamiento actuales, pasados y futuros dentro de la Red de Proveedores de SAPC a SAPC en su función como plan especializado de SUD de Medi-Cal con fines de pago y otras operaciones de atención médica. Autorizo la divulgación de información de mi expediente médico a SAPC u otros pagadores externos, incluyendo toda la información necesaria para presentar y procesar reclamaciones, como mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, diagnóstico médico y servicios que se me han proporcionado.</p>		
III. OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE		
<p>Al firmar este formulario de consentimiento, entiendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vencimiento del consentimiento - Esta Autorización permanecerá en vigor hasta que se revoque. • Mis registros de tratamiento de alcohol y/o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad y los Registros de Pacientes de Abuso de Drogas, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Rendición de cuentas del Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones lo permitan de otra manera. • Derecho a no firmar: Este consentimiento es para el pago de mi atención médica y otras operaciones de atención médica. Reconozco que tengo el derecho de no firmar este consentimiento. Si no firmo este consentimiento, acepto la responsabilidad de todos los pagos, incluidos los montos que de otro modo serían facturados o reembolsados por SAPC, en su función como el plan especializado de SUD de Medi-Cal, así como cualquier pagador externo aplicable, y seré responsable de todos los costos asociados de mi propio bolsillo. • Reconozco que esta autorización es necesaria para determinar la elegibilidad para tratamientos o beneficios o para pagar los tratamientos que recibo, pero SAPC no puede condicionar mi tratamiento a la provisión de esta autorización. • Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento. Una copia de este formulario de consentimiento es tan válida como el original. • Información de redivulgación - La información relacionada con el tratamiento de alcohol o drogas divulgada a una entidad cubierta o asociado comercial puede ser redivulgada de acuerdo con los permisos contenidos en las regulaciones de HIPAA. • Limitaciones para la redistribución – La información divulgada no puede ser redistribuida para procedimientos civiles, penales, administrativos y legislativos contra el cliente sin un formulario de Consentimiento adicional que sea únicamente para este propósito, de acuerdo con el 42 C.F.R. Parte 2. 		

- Tengo el derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento por escrito o en persona con mi proveedor de tratamiento para el consumo de sustancias, excepto en la medida en que mi proveedor u otro titular legal ya haya actuado en base a él. Puedo usar la sección de Revocación del Consentimiento en este formulario de consentimiento para terminar este formulario de consentimiento por escrito. Una vez que se reciba mi Revocación de Consentimiento, mi proveedor o SAPC revocará el Consentimiento para la futura divulgación de información. Entiendo que las divulgaciones realizadas antes de revocar este formulario de consentimiento no se pueden recuperar y las entidades a las que se hicieron las divulgaciones no están obligadas a devolver o eliminar dichas divulgaciones.

IV. FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Al firmar a continuación, reconozco que he leído el formulario de consentimiento y entiendo que mi firma autoriza la divulgación de mi información de salud según se describe en este formulario. Entiendo que firmar este formulario es voluntario y tengo el derecho de negarme a firmar.

Nombre y firma del cliente o del representante legal del cliente:

Si el cliente no puede escribir, puede hacer una marca en la línea de la firma. La firma por marca requiere dos testigos. Un testigo debe escribir el nombre del cliente en la línea designada para el nombre del cliente y escribir su propio nombre y firmar en uno de los espacios designados para testigos a continuación. Un segundo testigo debe escribir su nombre y firmar en el espacio del otro testigo para reconocer la firma del cliente por marca.

Nombre en letra de molde (Nombre, segundo nombre y apellido) Firma _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Si es firmado por el Representante Legal del Cliente, indique la relación y la autoridad para hacerlo:

Si el cliente no puede escribir y ha proporcionado una marca como su firma arriba, se requieren dos testigos para completar la sección de testigos escribiendo sus nombres y firmando abajo.

1. _____ 2. _____
Nombre del testigo en letra de molde (Nombre, segundo nombre y apellidos) Nombre del testigo en letra de molde (Nombre, segundo nombre y apellidos)

Firma

Firma

V. AVISO PARA ACOMPAÑAR LAS DIVULGACIONES

Este registro que se le ha divulgado está protegido por las normas federales de confidencialidad ([42 CFR parte 2](#)). Estas reglas le prohíben usar o divulgar este registro, o el testimonio que describa la información contenida en este registro, en cualquier procedimiento civil, penal, administrativo o legislativo por cualquier autoridad federal, estatal o local, contra el cliente, a menos que esté autorizado por el consentimiento del cliente, excepto según lo dispuesto en [42 CFR 2.12\(c\)\(5\)](#) o según lo autorizado por un tribunal de acuerdo con [42 CFR 2.64](#) o [2.65](#). Además, las reglas federales le prohíben hacer cualquier otro uso o divulgación de este registro a menos que se aplique al menos una de las siguientes condiciones:

- (i) El uso o divulgación adicional está expresamente permitido por el consentimiento escrito del individuo cuya información se divulga en este registro o según lo permita de otro modo el [42 CFR parte 2](#).
- (ii) Usted es una entidad cubierta o un asociado comercial y ha recibido el registro para tratamiento, pago u operaciones de atención médica, o
- (iii) Ha recibido el registro de una entidad cubierta o socio comercial según lo permitido por [45 CFR parte 164, subpartes A y E](#).

Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para cumplir con los elementos requeridos del consentimiento escrito para el uso posterior o la redistribución del registro (consulte [42 CFR 2.31](#)).

Cómo completar el Formulario de Consentimiento para el Pago y Operaciones de Atención Médica de SAPC

Propósito del Consentimiento y Divulgación (Parte superior del formulario)

Esta sección explica que usted está autorizando a:

- SAPC para recibir su información de SUD para **operaciones de pago y atención médica**, y
- SAPC, DHCS, MCP y otros pagadores recibirán la información necesaria para **presentar y procesar reclamaciones**.
- **Este formulario es necesario** si desea que SAPC facture a Medi-Cal u otros pagadores por sus servicios de SUD.

Sección I — Información del Cliente

Complete su información personal para que SAPC y sus proveedores puedan identificar correctamente su registro.

1. **Nombre:** Escriba su nombre legal completo (Apellidos, Nombre, Segundo nombre).
2. **Fecha de nacimiento:** Use MM/DD/AAAA.
3. **Número de Medi-Cal:** Ingrese su número de Medi-Cal, si lo tiene.
4. **Dirección de correo electrónico:** Ingrese un correo que revise regularmente.
5. **Número de teléfono:** Mejor número de teléfono para contactarlo.
6. **Últimos 4 dígitos del SSN:** Ingrese solo los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social. Si no tiene un SSN o no sabe cuál es su SSN, por favor déjelo en blanco.
7. **Dirección:** Su dirección postal actual.
8. **ID de Sage:** Proporcione su número de registro médico de Sage EHR, si lo conoce. Si lo desconoce, déjelo en blanco o consulte a su proveedor.

Sección II — Entidades Autorizadas para Compartir Información de Salud

No se requiere escritura en esta sección. Esta sección explica que usted está autorizando a sus proveedores de tratamiento de SAPC **actuales, pasados y futuros a divulgar su información de SUD a SAPC y a pagadores de terceros** (DHCS, MCPs, planes de seguro) para el **pago y operaciones de atención médica**.

Sección III — Otra Información Importante

No necesita escribir nada en esta sección. Lea cada subsección cuidadosamente.

- **Vencimiento:** Su consentimiento permanece activo hasta que lo revoque.
- **Protecciones:** Sus registros están protegidos por leyes federales bajo **42 CFR Parte 2 e HIPAA**.
- **Derecho a no firmar:** Puede negarse a firmar, si lo hace será responsable de los **costos asociados con su atención**.
- **Derecho a una copia:** Puede solicitar una copia del consentimiento firmado.
- **Re-divulgación:** Parte de su información puede ser re-divulgada bajo HIPAA en circunstancias limitadas.
- **Protecciones legales:** Su información no puede ser utilizada en procedimientos legales sin un consentimiento separado.
- **Derecho a revocar:** Puede revocar este consentimiento en cualquier momento. La información ya compartida no se puede recuperar.

Sección IV — Firma del cliente o representante legal

Aquí es donde autoriza formalmente la divulgación.

1. **Nombre en letra de molde:** Su nombre legal completo.
2. **Firma:** Firme con su nombre.
 - a. Si no puede escribir, puede firmar con una marca.
 - b. Si firma con una marca, **dos testigos** deben completar la sección de testigos.
3. **Fecha:** Ingrese la fecha de la firma.
4. **Si está firmado por un Representante Legal:**
 - a. Indique la relación (por ejemplo, padre, madre, tutor, etc.).
 - b. Indique la autoridad (por ejemplo, orden judicial, tutela, etc.).
5. **Sección de testigos (solo si el cliente firma con una marca)**

Los dos testigos deben:

- Escribir sus nombres de manera legible
- Firmar con sus nombres

Si un **representante legal** firma en nombre de un cliente, debe indicar su relación y autoridad legal para hacerlo. Si el cliente **firma con una marca**, dos testigos deben escribir y firmar con sus nombres.

Sección V — Aviso para Acompañar las Divulgaciones

Este es el aviso de confidencialidad requerido por 42 CFR Parte 2 que acompañará su información. No se requiere escritura en esta sección. El Aviso para Acompañar las Divulgaciones es un aviso de confidencialidad que acompañará los registros divulgados según lo autorizado por la firma de este formulario. El aviso de confidencialidad notifica al receptor de los registros que estos están protegidos por las leyes de confidencialidad estatales y federales y no pueden ser compartidos con otras entidades no autorizadas por este formulario de consentimiento.

Sección VI — Revocación del Consentimiento

Complete esta sección **solo cuando desee revocar su consentimiento (es decir, en el futuro)**.

Paso 1: Información del proveedor

Complete la información del proveedor tratante:

- **Nombre de la organización**
- **Dirección postal completa**

Paso 2: Firma de revocación

1. **Escriba su nombre**
2. **Firme con su nombre (o haga una marca).**
3. **Fecha de la revocación (MM/DD/AAAA)**
4. Si un **representante legal** firma, **indique la relación y la autoridad** para hacerlo.
5. Si envía directamente a SAPC, por favor **incluya una copia de su identificación emitida por el gobierno** para verificar su identidad.

Paso 3: Testigos (si se firma con una marca)

Dos testigos deben escribir y firmar con sus nombres.

Paso 4: Entregar la revocación

Si originalmente envió el consentimiento directamente a SAPC, puede enviar la revocación:

- **Por correo electrónico seguro** a SAPC-HIM@ph.lacounty.gov (debe incluir una copia de su identificación emitida por el gobierno)
- **Por correo postal** a la dirección de SAPC que figura en el formulario.

Por favor, envíe las revocaciones a su proveedor, agencia o a SAPC siguiendo las instrucciones del formulario.

Definiciones adicionales

Autorización/Consentimiento

Un documento escrito y firmado que cumpla con todos los requisitos de 42 CFR Parte 2, incluyendo:

- Propósito de la divulgación
- Quién puede divulgar
- Quién puede recibir
- Qué información se puede compartir
- Vencimiento
- Firma y fecha

Cada formulario ROI de SAPC está diseñado para cumplir con estos requisitos para su propósito específico.

Coordinación de la atención

Comunicación y colaboración entre proveedores para apoyar el tratamiento de un cliente, referencias, manejo de casos y continuidad de la atención.

Cliente

La persona que recibe servicios para el trastorno por consumo de sustancias (SUD). El cliente es la persona cuya información de salud protegida (PHI) puede ser compartida cuando firma un ROI.

Entidad

Cualquier organización, agencia, proveedor, tribunal, abogado o individuo autorizado para recibir o divulgar información sobre el SUD. Ejemplos: proveedores de SAPC, DHCS, planes de atención administrada, tribunales, libertad condicional, proveedores de atención primaria.

Procedimientos legales

Cualquier proceso penal, civil, administrativo o legislativo donde se pueda solicitar o utilizar información sobre el SUD en contra del cliente. Ejemplos: audiencias judiciales, libertad condicional, casos de bienestar infantil, audiencias de determinación de beneficios de seguridad social.

Representante legal

Una persona legalmente autorizada para tomar decisiones en nombre del cliente. Ejemplos:

- Conservador designado por el tribunal
- Tutor legal
- Padre/madre de un menor. Solo pueden firmar el ROI cuando tienen autoridad legal documentada.

Estándar mínimo necesario

Según las definiciones de HIPAA, se puede compartir la menor cantidad de información necesaria para cumplir con el propósito del consentimiento.

Operaciones de pago y atención médica

Actividades administrativas necesarias para facturar, pagar o manejar servicios del SUD, incluyendo:

- Facturación de Medi-Cal
- Verificaciones de elegibilidad
- Revisión de utilización
- Mejora de la calidad
- Auditorías y revisiones de cumplimiento

Redivulgación

Cualquier intercambio de información sobre el SUD después de la divulgación inicial. Bajo la 42 CFR Parte 2, la redivulgación está **permitida**, excepto para procedimientos legales.

Revocación del consentimiento

El cliente tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. Retirar el consentimiento no puede deshacer las divulgaciones pasadas ya realizadas cuando el consentimiento estaba vigente. La revocación debe hacerse por escrito o completarse utilizando la sección de revocación del formulario ROI.

Pagador externo

Cualquier entidad responsable de pagar o reembolsar los servicios del SUD que no sea el propio cliente. Ejemplos: Medi-Cal, DHCS, Planes de Atención Administrada, seguro privado.

Proveedor Tratante/Red de Proveedores SAPC

Cualquier programa de tratamiento del SUD contratado con SAPC del Condado de LA, incluyendo tratamiento ambulatoria, tratamiento residencial, OTP, manejo de abstinencia y programas de apoyo a la recuperación.

Testigo

Una persona que observa al cliente firmar el ROI **con una marca** (cuando el cliente no puede escribir una firma). Dos (2) testigos deben escribir y firmar con sus nombres para que la marca sea considerada válida.