MSSP – Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida

Nombre del participante: _____ Identificación del MSSP: _____

Por medio de la presente, autorizo al MSSP a obtener, divulgar, usar y compartir la siguiente información sobre mí que está protegida por las leyes federales, estatales o locales, para los siguientes fines:

- ☐ Determinar mi elegibilidad para recibir los servicios del MSSP
- ☐ Proporcionar administración de la atención y una evaluación de salud y psicosocial

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PARTICIPANTE QUE SE USARÁ O DIVULGARÁ. Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Lesiones físicas, enfermedades o afecciones
- ☐ Enfermedades o afecciones mentales (psicológicas o psiquiátricas)
- ☐ Abuso de alcohol y/o de drogas
- ☐ Asistencia monetaria, beneficios de Medi-Cal u otros servicios sociales y de salud recibidos
- ☐ Otro (si se marca, debe describirse):_____

PROVEEDORES QUE DIVULGARÁN INFORMACIÓN: Marque todas las opciones que correspondan. Si marca una casilla, proporcione el nombre del proveedor.

- ☐ Proveedores y centros médicos: _____
- ☐ Proveedores de servicios sociales: _____
- ☐ Programa(s) de Medi-Cal, incluido el personal del condado de IHSS: _____
- ☐ Proveedor(es) de cuidado/proveedor(es) de IHSS:_____
- ☐ Proveedores de apoyo comunitario: _____
- ☐ Instituciones bancarias y proveedores: _____
- ☐ Otro (indique el tipo y el nombre del proveedor):_____
- ☐ Otro (indique el tipo y el nombre del proveedor):_____

PERSONAS QUE DIVULGARÁN INFORMACIÓN (incluya a toda persona que pueda compartir o recibir información sobre el participante, como proveedores de cuidado informal, familiares, amigos, etc.): Marque todas las opciones que correspondan. Si marca una casilla, proporcione el nombre de la persona y su relación con el participante.

☐ _____ Relación: _____

☐ _____ Relación: _____

☐ _____ Relación: _____

☐ _____ Relación: _____

☐ _____ Relación: _____

☐ _____ Relación: _____

El MSSP usa o divulga la información médica protegida del participante para los siguientes fines:

Determinar la elegibilidad del participante para el MSSP, administrar su atención, realizar evaluaciones de salud y psicosociales, cumplir fines administrativos por parte del personal y responder a la solicitud de la persona.
Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización:

1. Local del MSSP _____, como destinatario de la información médica protegida, no podrá divulgarla nuevamente, a menos que el local del MSSP _____ obtenga otra autorización de mi parte o salvo que la divulgación esté permitida por la ley.

2. No se me podrá exigir que firme esta autorización como condición para recibir tratamiento (es decir, servicios), obtener pagos o determinar mi elegibilidad para recibir beneficios.

3. Local del MSSP _____ me proporcionará una copia de esta autorización.

4. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando por correo o entregando personalmene al local del MSSP _____ un aviso de revocación por escrito y firmado. Dicha revocación entrará en vigor cuando se reciba, excepto en la medida en que el local del MSSP _____ ya haya tomado medidas basándose en esta autorización. Dicha revocación permanecerá vigente hasta que autorice por escrito la divulgación de la información médica protegida, excepto cuando dicha divulgación sea obligatoria o esté permitida por la ley.

5. Entiendo que, una vez que esta información se divulgue a cualquiera de los destinatarios indicados en este formulario, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA) y que el destinatario pueda compartirla nuevamente (es decir, que esté sujeta a una nueva divulgación). Las leyes estatales u otras leyes federales pueden exigir que el destinatario obtenga mi autorización antes de divulgarla nuevamente.
6. Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente dos (2) años después de la fecha de esta autorización, independientemente de cualquier otra revocación que solicite.
7. Local del MSSP _____ no usará ni divulgará la información médica protegida con fines de mercadotecnia ni recibirá compensación por el uso o la divulgación de mi información médica protegida sin mi autorización.

Esta autorización vencerá **2 (dos) años a partir de la fecha de la firma.** *Si es necesario revocar el permiso de un proveedor o una persona antes de la fecha de vencimiento, escriba sus iniciales y la fecha de vencimiento junto al proveedor o la persona.*

ACEPTADO Y ACORDADO:

_____ _____ _____
Nombre en letra de molde **Firma** **Fecha**

Si lo firma el representante personal:

_____ _____
Relación **Teléfono**

Tipo de representante:

☐ Curador legal ☐ Carta poder duradera o médica sobre el cuidado de la salud

☐ Otro:_____