

MSSP: Autorización de uso y divulgación de la información de salud protegida

Nombre del participante: _____ **Número de MSSP:** _____

Por la presente autorizo al programa MSSP a obtener, revelar, usar y divulgar la siguiente información sobre mí, que está protegida por las leyes federales, estatales y/o locales, con el fin de que MSSP determine mi elegibilidad para los servicios de MSSP, brinde la administración de atención y realice la evaluación de salud/psicosocial y ejerza las funciones administrativas relacionadas.

DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA DEL PARTICIPANTE QUE SE UTILIZARÁ O DIVULGARÁ. Marque todos los que correspondan.

Lesiones físicas, enfermedades o afecciones

Enfermedades o afecciones mentales (psicológicas o psiquiátricas)

Abuso de alcohol y/o drogadicción

Asistencia en efectivo, beneficios de Medi-Cal u otros servicios sociales y de salud recibidos

Otro (si se marca, se debe describir): _____

PROVEEDORES PARA LA DIVULGACIÓN. Marque todos los que correspondan. Si marca una casilla, proporcione el nombre del proveedor.

Proveedores e instalaciones médicas: _____

Proveedores de servicios sociales: _____

Programa(s) de Medi-Cal, incluido IHSS: _____

Proveedores de apoyo comunitario: _____

Instituciones y proveedores financieros: _____

Otro (indique el tipo y el nombre del proveedor): _____

Otro (indique el tipo y el nombre del proveedor): _____

INDIVIDUOS PARA LA DIVULGACIÓN. Marque todos los que correspondan. Si se marca una casilla, proporcione la relación y el nombre de la persona.

El MSSP utiliza o divulga la información médica protegida del participante con los siguientes propósitos:

Para determinar la elegibilidad del participante para el programa MSSP, para la administración de su atención, para sus evaluaciones de salud/psicosociales y para fines administrativos por parte del personal.

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización:

1. Nombre MSSP _____, como el destinatario de la información médica protegida no puede divulgar la información a menos que Nombre MSSP _____ obtenga otra autorización mía o a menos que la ley permita dicha divulgación.
2. Es posible que no se me solicite que firme esta Autorización como condición para obtener tratamiento (es decir, servicios) o pagos o mi elegibilidad para recibir beneficios.
3. Nombre MSSP _____ me proporcionará una copia de esta Autorización.
4. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo postal o entregando personalmente a Nombre MSSP _____ una notificación de revocación por escrito y firmada. Dicha revocación entrará en vigencia una vez recibida, excepto en la medida en que Nombre MSSP _____ ya haya tomado medidas basándose en esta Autorización. Tal revocación permanecerá en efecto hasta que yo autorice, por escrito, la divulgación de la información médica protegida, excepto cuando la

divulgación de la información médica protegida sea requerida o permitida por ley.

- 5. Entiendo que esta autorización vencerá automáticamente cuando se cumplan dos (2) años a partir de la fecha de su emisión independientemente de cualquier otra revocación que pueda solicitar.
- 6. Nombre MSSP _____ no usará ni divulgará la información médica protegida para fines comerciales, ni recibirá compensación por el uso o divulgación de mi información médica protegida.

Esta autorización vencerá el Fecha _____ O **luego de transcurridos 2 (dos) años a partir de la fecha de su firma.** *Si es necesario revocar el permiso de un proveedor o individuo antes de la fecha de vencimiento, coloque sus iniciales y la fecha de vencimiento junto al proveedor y/o individuo.*

ACEPTADO Y ACORDADO:

Nombre en letra de imprenta Firma Fecha

Si la firma es de un representante personal:

Relación Dirección Teléfono