



Instrucciones para completar el formulario de consentimiento para tratamiento y coordinación de la atención de SAPC

El propósito de este formulario de consentimiento es otorgar permiso por escrito para la divulgación e intercambio de su información de salud, incluida la información protegida bajo **42 CFR Parte 2** (información sobre trastornos por consumo de sustancias) entre sus proveedores tratantes actuales, pasados y futuros dentro de la Red de Proveedores de SAPC, y a la(s) entidad(es) o individuo(s) externo(s) especificado(s) en este formulario de consentimiento a solicitud suya o de su representante autorizado con el propósito del tratamiento y la coordinación del cuidado del cliente. Para obtener información sobre SUD, el propósito del consentimiento y la divulgación debe ser coherente con los requisitos de **42 CFR Parte 2** y todas las leyes federales y estatales aplicables. Su autorización es voluntaria y puede negarse a firmar. Por favor, tómese un momento para leer las instrucciones a continuación.

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
- **Sus derechos** para revocar o limitar la autorización para divulgar información

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

Especifique qué información se puede divulgar

Puede optar por limitar el tipo o la cantidad de información divulgada. Puede autorizar la divulgación de:

- Todo su historial médico, **o**
- Especificar la información que autoriza para uso y divulgación

Quién puede compartir y recibir su información

Debe especificar a quién está autorizando para compartir la información. Esto puede incluir:

- Red de Proveedores o Agencia(s) de SAPC, **o**
- Seleccionar proveedores tratantes en la Red de Proveedores o Agencia(s) de SAPC, **o**
- Una o más entidad(es)/individuo(s) o intermediario(s) fuera de la Red de Proveedores o Agencia(s) de SAPC

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

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
- **Limitar** la información que se comparte
- **Esperar protecciones de confidencialidad**, incluyendo límites de redistribución

Consulte la Sección IV "Otra Información Importante" y la Sección VI "Aviso para Acompañar las Divulgaciones" para obtener más información relacionada con sus derechos bajo HIPAA y 42 CFR Parte 2.

Vencimiento de la autorización

Esta autorización permanecerá en vigor mientras reciba servicios de la Red de Proveedores de SAPC, a menos que decida revocarla.

Consulte la Sección IV "Otra Información Importante" y la Sección VII "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.

Consulte la Sección IV "Otra Información Importante" y la Sección VII "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 o relación.

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 DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PARA TRATAMIENTO Y COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN

Propósito del Consentimiento y Divulgación: Este formulario de consentimiento autoriza la divulgación de información de salud protegida por 42 CFR Parte 2 sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés) entre los proveedores tratantes actuales, pasados y futuros del cliente dentro de la Red de Proveedores de SAPC, y a la(s) entidad(es) o individuo(s) externo(s) especificado(s) en este formulario de consentimiento a solicitud del cliente o su representante autorizado con el propósito del tratamiento y la coordinación del cuidado del cliente. Indique si está autorizando el intercambio de información entre sus proveedores tratantes actuales, pasados y futuros dentro de la Red de Proveedores de SAPC, o entre la Red de Proveedores de SAPC y una o más entidades/personas externas o intermediarios fuera de la Red de Proveedores de SAPC seleccionando una o ambas opciones a continuación:

☐ Dentro de la Red de Proveedores de SAPC

☐ Fuera de la Red de Proveedores de SAPC

La selección realizada en esta sección debe coincidir con la selección realizada en la Sección II. Entidades autorizadas para compartir información de salud.

I. INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre (Apellidos, nombre y segundo nombre):	Fecha de nacimiento:	Número de Medi-Cal:
Dirección de correo electrónico: Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted autoriza al SAPC y a la Red de Proveedores de SAPC a contactarlo por correo electrónico.	Número de teléfono:	Últimos 4 dígitos del SSN:
Dirección:	ID de Sage:	

II. ENTIDADES AUTORIZADAS PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a mis proveedores tratantes actuales, pasados y futuros a intercambiar mi información de salud sobre SUD protegida por 42 CFR Parte 2 con la(s) entidad(es) especificada(s) a continuación, de acuerdo con esta solicitud, para el propósito de mi tratamiento y coordinación de atención.

Seleccione una o más de las opciones a continuación. Solo se puede seleccionar una de las opciones de 'En la Red de Proveedores de SAPC'. La(s) opción(es) seleccionada(s) a continuación debe(n) coincidir con la(s) opción(es) seleccionada(s) al principio de este documento.

☐ **Toda la Red de Proveedores de SAPC:** Con todos los proveedores tratantes en la Red de Proveedores de SAPC. Si esta es la única selección, pase a la Sección III. Alcance de las divulgaciones.

☐ **Seleccione Agencia(s) Proveedora(s) de SAPC:** Con el/los proveedor(es) tratantes seleccionados en la Red de Proveedores de SAPC especificados a continuación.

☐ **Fuera de la Red de Proveedores de SAPC:** Con la(s) entidad(es)/individuo(s) o intermediario(s) fuera de la Red de Proveedores de SAPC especificados a continuación.

Utilice los espacios proporcionados a continuación para ingresar la información de contacto del(los) proveedor(es) seleccionado(s) en la Red de Proveedores de SAPC y/o entidad(es) externa(s) a las que está autorizando la divulgación de su información protegida sobre el SUD. Si se necesita espacio adicional, adjunte una página con las entidades enumeradas al final de este formulario de consentimiento.

- Nombre de la entidad: _____
Dirección: _____
de teléfono: _____ # de fax: _____
Correo electrónico: _____ Sitio web: _____

2. Nombre de la entidad: _____
Dirección: _____
de teléfono: _____ # de fax: _____
Correo electrónico: _____ Sitio web: _____
3. Nombre de la entidad: _____
Dirección: _____
de teléfono: _____ # de fax: _____
Correo electrónico: _____ Sitio web: _____

III. ALCANCE DE LA DIVULGACIÓN

Autorizo a las entidades indicadas en la Sección II a compartir la información de salud protegida especificada a continuación.

Seleccione una de las opciones a continuación.

☐ Todo mi historial médico

☐ Otro: _____

Especifique la información que autoriza para su uso y divulgación.

IV. OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Al firmar este formulario de consentimiento, entiendo que:

- **Vencimiento del Consentimiento** - Esta Autorización permanecerá en vigor mientras reciba servicios de la Red de Proveedores de SAPC o a menos que se revoque de otra manera.
- 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.
- 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. Las divulgaciones para fines legales requieren un consentimiento separado.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada conforme al formulario de consentimiento puede ser objeto de redistribución por parte del destinatario y ya no estará protegida por 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 el 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.

V. 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 apellidos) 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

VI. AVISO PARA ACOMPAÑAR LAS DIVULGACIONES

Este registro que se le ha divulgado está protegido por las normas de confidencialidad federal ([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 paciente, a menos que esté autorizado por el consentimiento del paciente, 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](#)).

VII. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Tengo el derecho de revocar este formulario de consentimiento en cualquier momento completando esta sección y proporcionando mi Revocación de Consentimiento por correo o de forma presencial a mi proveedor tratante, excepto en la medida en que mi proveedor u otro titular legal ya haya actuado en base a él.

Dirección de la Agencia Tratante por Consumo de Sustancias:

Nombre de la organización: _____

Dirección (Línea 1): _____

Dirección (Línea 2: Apt/Suite/Unidad): _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Una vez que se reciba mi Revocación de Consentimiento, mi proveedor revocará el formulario de Consentimiento para la futura divulgación de información. Las divulgaciones realizadas antes de recibir la revocación no se pueden recuperar.

Al firmar a continuación, revoco mi consentimiento para la futura divulgación de información. Entiendo que cualquier divulgación realizada antes de la recepción de esta revocación no se puede deshacer ni recuperar.

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 apellidos) 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

Los clientes que enviaron un formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información directamente al SAPC pueden entregar el formulario de Revocación de Consentimiento completado por correo electrónico seguro o por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Se debe incluir una copia de su identificación oficial emitida por el gobierno para verificar la legitimidad de la solicitud.

Dirección Postal de SAPC
Prevención y Control de Abuso de Sustancias (SAPC)
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Dirección de Correo Electrónico:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Tenga en cuenta: Las solicitudes de revocación enviadas a SAPC por clientes que no completaron el formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información directamente con SAPC, o solicitudes enviadas sin una copia de una identificación válida emitida por el gobierno, no serán procesadas.



Cómo completar el Formulario de Consentimiento para Tratamiento y Coordinación de la Atención de SAPC

Propósito del Consentimiento y Divulgación (Parte superior del formulario)

Esta sección determina **con quién se puede compartir su información sobre el SUD**. Asegúrese de que sus elecciones aquí **coincidan con la Sección II**.

Paso 1: Lea la declaración de propósito.

1. Esto explica que el formulario autoriza la divulgación de información del SUD protegida por 42 CFR Parte 2 “**con el propósito del tratamiento y la coordinación de la atención del cliente.**”

Paso 2: Elija una o más opciones

1. Elija una o ambas casillas:
 - a. **Dentro de la Red de Proveedores de SAPC**, seleccione si desea que su información se comparta solo entre los proveedores del SUD contratados por el SAPC.
 - b. **Fuera de la Red de Proveedores de SAPC** Seleccione si desea que su información se comparta con entidades externas (por ejemplo, atención primaria, salud mental, libertad condicional, hospital específico, usted mismo, etc.).

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

Esta sección identifica **quién puede intercambiar su información sobre el SUD** según su(s) selección(es).

Paso 1: Elija una o más opciones

Seleccione la(s) opción(es) que se ajusten a sus necesidades:

1. **Toda la Red de Proveedores de SAPC**
 - a. Seleccione si desea que su proveedor pueda intercambiar datos con toda la red de proveedores de SUD de SAPC para coordinar completamente su atención entre agencias.
 - b. Si esta es la única casilla marcada, puede pasar a la Sección III.
2. **Seleccione la(s) Agencia(s) Proveedora(s) de SAPC**
 - a. Seleccione si desea autorizar a su proveedor de SUD para intercambiar información solo con otros proveedores específicos de SAPC.
 - b. Deberá proporcionar la información específica solicitada para cada proveedor de SAPC del que desee que se solicite o comparta su información de salud.
3. **Fuera de la Red de Proveedores de SAPC**
 - a. Seleccione si desea que su información se comparta con entidades externas (por ejemplo, Departamento de Salud Mental, Departamento de Servicios de Salud, su Médico de Atención Primaria, hospital, escuela, etc.).
 - b. Deberá proporcionar la información específica solicitada para cada entidad de la que desee que se solicite o comparta su información de salud.

Paso 2: Complete los detalles de la entidad (si corresponde)

Para cada proveedor de SAPC o entidad externa que autorice, por favor complete:

- **Nombre de la entidad** (nombre completo, evite abreviaturas)
- **Dirección** (dirección postal completa)
- **Número de teléfono** (con código de área)
- **Número de fax** (si se conoce)
- **Correo electrónico** (si se conoce)
- **Sitio web** (opcional)

Paso 3: Añada páginas adicionales si es necesario.

Si tiene más de tres entidades, adjunte una hoja separada con el resto.

Sección III — Alcance de la Divulgación

Esta sección define **qué información** puede ser utilizada o divulgada.

Paso 1: Elija una opción

- ☐ **Todo mi historial médico** Seleccione esto si desea que su historial completo del SUD esté disponible para la Coordinación de Atención.
- ☐ **Otro:** Seleccione esto si desea limitar lo que se comparte.

Paso 2: Si selecciona "Otro", especifique exactamente qué se puede divulgar

Sea lo más específico posible para que los proveedores sepan lo que está permitido.

Ejemplos:

- "Solo las fechas de tratamiento"
- "Solo evaluación y diagnóstico"
- "Lista de medicamentos"
- "Prueba de participación en el programa"
- "Solo informes de progreso"

Sección IV — 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, pero entonces su expediente no será divulgado.
- **Derecho a una copia:** Puede solicitar una copia del consentimiento firmado.
- **Re-divulgación:** Según HIPAA, parte de su información puede ser re-divulgada por la agencia receptora bajo 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 V — 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, 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 VI — 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 que los registros recibidos 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 VII — 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 el SAPC del Condado de LA, incluyendo tratamiento ambulatorio, 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.