

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE  
REGISTROS DE TRASTORNO POR ABUSO DE  
SUSTANCIAS (SUD) PARA LA FACTURACIÓN  
(AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF  
SUBSTANCE USE DISORDER [SUD] RECORDS FOR BILLING)**

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

Kaiser Permanente funciona como un sistema de prestación de atención médica integrada. Solo compartiremos información sobre el trastorno por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD) que, a nuestro juicio, es necesaria para que la facturación documente con precisión, audite y reciba el reembolso por su atención y las operaciones de atención médica.

La información sobre el SUD está protegida bajo los reglamentos federales que rigen la Confidencialidad y los Registros del paciente con trastorno por abuso de sustancias, título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability, HIPAA) de 1996, título 45 del C.F.R., partes 160 y 164, y Kaiser Permanente no puede revelarlos sin un consentimiento por escrito, a menos que los reglamentos estipulen lo contrario.

**Qué solicitamos**

La autorización para compartir su información sobre el SUD, la cobertura de beneficios y el historial de pagos con Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Southern California Permanente Medical Group (SCPMG), Kaiser Foundation Hospitals (KFH), y otras organizaciones con las que tenga cobertura de beneficios además de Kaiser Permanente; incluidos, entre otros, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), incluido cualquier agente o sucesor de estas organizaciones, según sea necesario para documentar de manera precisa, auditar y recibir un reembolso por su atención y las operaciones de atención médica.

Al firmar el formulario de autorización para revelar información de facturación sobre el SUD, solo compartiremos la cantidad mínima de información sobre el SUD que, a nuestro juicio, es necesaria para fines operativos y de facturación. Dichas entidades pueden revelar la información sobre el SUD entre ellas con estos fines.

**Por qué solicitamos esta autorización**

Esta autorización es necesaria para que Kaiser Permanente facture y obtenga un reembolso por la atención y las operaciones de atención médica. Si en cualquier momento tiene alguna inquietud sobre la privacidad de facturación, le recomendamos que hable sobre sus inquietudes con Servicio a los Miembros.

**Revocación de la autorización**

Los pacientes y los representantes personales de los pacientes pueden cancelar la autorización al hablar con el Departamento de Medicina de la Adicción en donde el paciente recibe servicios o al enviar una solicitud por escrito a la Unidad de Entrega de Información en cualquier centro médico de Kaiser Permanente dentro de la región del sur de California. A menos que se revoque, la autorización permanecerá vigente hasta que el paciente ya no tenga cobertura con Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Si el paciente decide revocar su autorización en una fecha futura, ya no se compartirá la información sobre el SUD, la cobertura de beneficios y el historial de pago con Kaiser Foundation Health Plan (KFHP), SCPMG, KFH y otras organizaciones con las que el paciente tenga cobertura de beneficios.

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE  
REGISTROS DE TRASTORNO POR ABUSO DE  
SUSTANCIAS (SUD) PARA LA FACTURACIÓN  
(AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF  
SUBSTANCE USE DISORDER [SUD] RECORDS FOR BILLING)**

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

**Negativa para autorizar la revelación de información de facturación sobre el SUD**

Al firmar el formulario de “Negativa para autorizar la revelación de información de facturación sobre el SUD”, los pacientes aún podrán acceder y recibir la atención y los servicios habituales de Kaiser Permanente de acuerdo con su cobertura de KHFP, **A EXCEPCIÓN** de que los pacientes asumirán la responsabilidad financiera por los costos de tratamiento y los servicios de Kaiser Permanente para el trastorno por abuso de sustancias. Se requerirá una cuenta de garante confidencial.

**Informe a un miembro del personal de Kaiser Permanente si elije alguna de las siguientes opciones:**

- Autorizo que se comparta la cantidad mínima de información sobre el SUD que, a juicio de Kaiser Permanente, es necesaria para fines operativos y de facturación.

**Acción requerida:** Firme el formulario de autorización para revelar información de facturación sobre el SUD.

- Me niego a autorizar que se comparta mi información médica y de facturación relacionada con el SUD.

**Acción requerida:** Firme el formulario de negativa para autorizar la revelación de información de facturación sobre el SUD.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, consulte al representante de Kaiser Permanente o hable con algún administrador del departamento o Servicios a los Miembros.

**AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE REGISTROS DE TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD) PARA LA FACTURACIÓN (AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF SUBSTANCE USE DISORDER [SUD] RECORDS FOR BILLING)**

Name: \_\_\_\_\_

MR#: \_\_\_\_\_

IMPRINT AREA

Por medio de la presente, proporciono autorización para compartir mi información sobre el SUD, la cobertura de beneficios y el historial de pagos con Kaiser Foundation Health Plan, Inc, Southern California Permanente Medical Group (SCPMG), Kaiser Foundation Hospitals (KFH), y otras organizaciones con las que tenga cobertura de beneficios además de Kaiser Permanente; incluidos, entre otros, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), e incluido cualquier agente o sucesor de estas organizaciones, según sea necesario para documentar de manera precisa, auditar y recibir un reembolso por la atención y las operaciones de atención médica.

Kaiser Permanente solo compartirá la cantidad mínima de información sobre el SUD que, a nuestro juicio, sea necesaria para fines operativos y de facturación. Dichas entidades pueden revelar la información sobre el SUD entre ellas con estos fines.

La información sobre el SUD está protegida bajo los reglamentos federales que rigen la Confidencialidad y los Registros del paciente con trastorno por abuso de sustancias, título 42 del C.F.R., parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) de 1996, título 45 del C.F.R. partes 160 y 164, y el programa no puede revelarlos sin consentimiento por escrito, a menos que los reglamentos estipulen lo contrario.

La autorización permanecerá vigente hasta que el paciente ya no tenga cobertura con Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

La autorización para revelar información de facturación sobre el SUD puede cambiarse a una negativa para revelar información sobre el SUD. Debe firmar el formulario de negativa para autorizar la revelación de información de facturación sobre el SUD, el cual puede obtener en el Departamento de Medicina de la Adicción en el que recibe los servicios. Si el paciente decide revocar su autorización en una fecha futura, ya no se compartirá la información sobre el SUD, la cobertura de beneficios y el historial de pago con KFHP, SCPMG, KFH y otras organizaciones con las que el paciente tenga cobertura de beneficios.

Si la persona que recibe la atención es menor de 12 años de edad, entonces uno de los padres o el tutor legal reconoce haber leído y entendido este documento y autoriza dicha revelación. **Tanto el menor como el padre, la madre o el tutor legal deben firmar a continuación.**

Los menores con más de 12 años de edad pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento y autorizar la revelación de información relacionada con su tratamiento por sí mismos sin el permiso de sus padres, en cuyo caso únicamente el menor deberá firmar a continuación.

**Si firma el padre, la madre, el tutor legal o el representante personal, escriba en letra de imprenta el nombre del padre, la madre, el tutor legal o el representante personal, y el parentesco con el paciente.**

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)	FIRMA DEL PACIENTE	FECHA/HORA
PADRE/TUTOR LEGAL DEL PACIENTE (EN LETRA DE IMPRENTA)	PARENTESCO	
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL DEL PACIENTE		FECHA/HORA
TESTIGO (LETRA DE IMPRENTA)	TESTIGO (FIRMA)	FECHA/HORA
TRADUCIDO VERBALMENTE POR (SI CORRESPONDE)	ESCRIBA EL NOMBRE DEL INTÉRPRETE EN LETRA DE MOLDE Y EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
SE LEYÓ EL DOCUMENTO AL PACIENTE DEBIDO A (SI CORRESPONDE)	LEÍDO POR (NOMBRE DEL MIEMBRO DEL PERSONAL)	

## AVISO DE CONFIDENCIALIDAD FEDERAL

Conforme al Título 42 del CFR § 2.22

El Departamento de Medicina de la Adicción de Kaiser Permanente (Programa) está firmemente comprometido a proteger su privacidad. La ley federal y estatal protege la confidencialidad de los registros de salud sobre el SUD. La confidencialidad está protegida en virtud de la ley y los reglamentos federales según lo establecido en la Parte 2 del Título 42 del CFR.

Las violaciones a la ley y los reglamentos federales por parte de un Programa (según lo establecido en el Título 42 del CFR) se consideran actividades delictivas. Es posible denunciar las posibles violaciones al Procurador de los Estados Unidos del distrito judicial donde ocurre la violación.

Distrito Central de California, Oficina del Procurador de Estados Unidos

Información de contacto de la Oficina  
312 North Spring Street  
Suite 1200  
Los Angeles, California 90012  
213-894-2400 (teléfono)  
213-894-0141 (fax)

Si en algún momento tiene alguna inquietud sobre su privacidad, le recomendamos que lo aclare con su terapeuta o un miembro del personal.

A los miembros del personal del Departamento de Medicina de la Adicción de Kaiser Permanente (Programa) se les prohíbe revelar a una persona externa al Programa que un paciente asiste a un Programa o revelar cualquier información que identifique a un paciente con un diagnóstico de SUD a menos que haya un consentimiento por escrito.

En ocasiones, la ley nos permite revelar información sobre usted sin su consentimiento. Algunos ejemplos de revelaciones legalmente permitidas son:

1. en emergencias médicas y psiquiátricas en las cuales la información es esencial para la seguridad de una persona;
2. para advertir a posibles víctimas de actos violentos;
3. a personal calificado para auditorías, evaluaciones de programas de investigación, por ejemplo, encuestas de pacientes;
4. para informar sobre el presunto abuso o descuido de menores;
5. para información relacionada con un delito que usted cometió, ya sea en el programa o en contra de cualquier persona que trabaje en el programa o cualquier amenaza de cometer algún delito, y
6. en respuesta a órdenes judiciales que cumplen los estándares del tipo de registro cubierto por la ley.