



Nombre: _____

N.º de historia clínica: _____

ÁREA DE IMPRESIÓN

Cómo integrar y coordinar su atención médica

Cómo compartir información médica sobre el trastorno por abuso de sustancias (SUD)

Kaiser Permanente funciona como un sistema de prestación de atención médica integrada. Para que reciba la atención coordinada más efectiva, es importante que los miembros de su equipo de atención entiendan todos los aspectos de su atención, incluido el tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias (Substance Use Disorder, SUD). Solo compartiremos la información médica sobre el SUD que, según la opinión profesional de nuestros proveedores, sea necesaria para coordinar su atención médica como se describe a continuación.

Comprendo que mis registros de información médica sobre el SUD están protegidos 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 que el Programa no puede revelarlos sin mi consentimiento por escrito a menos que los reglamentos estipulen lo contrario.

Qué solicitamos

Una autorización para que su Departamento de Medicina de la Adicción de Kaiser Permanente (Programa) comparta los registros relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de su SUD con sus demás proveedores de Kaiser Permanente, que incluyen a los proveedores médicos dentro de Southern California Permanente Medical Group (SCPMG) y Kaiser Foundation Hospitals (KFH), para asegurar que su información médica sobre el SUD se considere parte de la atención médica general que recibe dentro de Kaiser Permanente.

Por qué solicitamos esta autorización de coordinación de atención

El Programa y sus demás proveedores de Kaiser Permanente pueden coordinar mejor su atención médica general si pueden trabajar juntos para evitar las interacciones negativas entre medicamentos que es posible que experimente con los medicamentos recetados que toma o con sus programas de tratamiento para otras afecciones o enfermedades.

Garantiza que usted reciba el tratamiento adecuado si visita un Departamento de Emergencias o de Atención de Urgencia de Kaiser Permanente.

Su protección: las leyes federales y las propias políticas de privacidad de Kaiser Permanente nos permiten compartir la información necesaria SOLO con otros proveedores de Kaiser Permanente dentro de la región del sur de California y SOLO con el propósito de integrar o coordinar su atención. Si en algún momento tiene alguna inquietud sobre su privacidad, pida a su terapeuta o a un miembro del personal ayuda para la coordinación de la atención.

Las posibles consecuencias (conocidas colectivamente como “riesgos adicionales”) de rechazar esta Autorización de atención médica que no sea de emergencia incluyen:

Es posible que ocurran conflictos peligrosos, e incluso fatales, que podrían evitarse mediante la integración y la coordinación de la atención. Los riesgos de complicaciones en su atención médica general, incluidos el dolor crónico, la discapacidad crónica, la desfiguración y la muerte.

**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR LA
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL TRASTORNO
POR ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD)**
[AUTHORIZE THE SHARING OF SUBSTANCE USE DISORDER
(SUD) MEDICAL INFORMATION]

Nombre: _____

N.º de historia clínica: _____

ÁREA DE IMPRESIÓN

Exención para emergencias médicas

Sin importar si usted autoriza que se comparta su información médica sobre el SUD con otros proveedores de Kaiser Permanente, su información médica sobre el SUD puede revelarse al personal médico en la medida que sea necesaria para cumplir con una auténtica emergencia médica en la que no se pueda obtener el consentimiento previo e informado del paciente.

Revocación de la autorización

Usted o su representante personal pueden cancelar esta autorización al enviar una solicitud por escrito a la Unidad de Entrega de Información de cualquier centro médico de Kaiser Permanente en la región del Sur de California.

Su cancelación no afectará la información revelada antes de recibir la solicitud por escrito.

Una vez que recibamos su revocación, el Programa dejará de revelar información médica sobre el SUD a otros proveedores de Kaiser Permanente, a excepción de la información que ya se haya revelado cuando teníamos su autorización o cuando la ley nos permita revelar la información sobre el SUD sin su permiso Y usted asuma los “riesgos adicionales” que se describieron anteriormente.

A menos que se revoque, esta autorización permanecerá vigente hasta que usted ya no esté cubierto bajo el seguro de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Dar su autorización es voluntario: su decisión sobre firmar o no esta autorización no afectará su elegibilidad para la membresía en el Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Si elige firmar la declaración de rechazo: aún podrá acceder y recibir la atención y los servicios normales de Kaiser Permanente, a EXCEPCIÓN de que usted asumirá los “riesgos adicionales”, según se describieron anteriormente Y elige no recibir las opciones de tratamiento y los servicios para su SUD dentro del Departamento de Medicina de la Adicción de Kaiser Permanente (Programa).

Consentimiento o rechazo para compartir la información médica de su SUD con el fin de integrar y coordinar su atención.

Informe al miembro del personal de Kaiser Permanente si:

- Autoriza que se comparta su información médica sobre su SUD E indique su elección de la Opción 1 (recomendada) o la Opción 2 (compartir de manera limitada):

Acción requerida: firme el formulario para compartir la información médica sobre el SUD.

- Rechaza la autorización para compartir su información médica sobre el SUD:

Acción requerida: firme el rechazo para compartir la información médica sobre el SUD (entendiendo los riesgos que asume y el efecto en las opciones de atención dentro del Programa de Medicina de la Adicción de Kaiser Permanente)

Y se le programará una cita para hablar con un representante del departamento para discutir el impacto de su decisión.



**AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR LA
INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE EL TRASTORNO
POR ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD)
[AUTHORIZE THE SHARING OF SUBSTANCE USE DISORDER
(SUD) MEDICAL INFORMATION]**

Nombre: _____

N.º de historia clínica: _____

ÁREA DE IMPRESIÓN

POR MEDIO DE LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN: por medio del Departamento de Medicina de la Adicción de Kaiser Permanente (Programa) para que comparta mis registros relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de mi SUD con mis demás proveedores de Kaiser Permanente, que incluyen a los proveedores médicos dentro del Southern California Permanente Medical Group (SCPMG) y Kaiser Foundation Hospitals (KFH), para asegurar que mi información médica sobre el SUD se considere parte de la atención médica general que recibo dentro de Kaiser Permanente.

Comprendo que mis registros de información médica sobre el SUD están protegidos 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 que el Programa no puede revelarlos sin mi consentimiento por escrito a menos que los reglamentos estipulen lo contrario.

La naturaleza y la extensión de dicha revelación deberá ser como se describe bajo la Opción 1 o la Opción 2 como lo indico a continuación:

- Opción n.º 1 (recomendada) Toda mi información médica del SUD que incluye:
- Todos los medicamentos recetados por el Programa.
 - Los diagnósticos y los historiales médicos y de las alergias del paciente documentados por el Programa.
 - Las notas de progreso del proveedor del Programa se comparten con otros proveedores de Kaiser Permanente únicamente si el proveedor del Programa determina en su opinión que las notas son necesarias para la coordinación de la atención; las notas de progreso del Programa NO están disponibles sin que el Programa las revele.
 - Los resultados de los análisis de laboratorio, los procedimientos y los resultados de las pruebas que ordene el Programa.
 - Los mensajes seguros entre otros proveedores de Kaiser Permanente y los proveedores del Programa si, en la opinión del proveedor del Programa, la información compartida apoya la integración y la coordinación de la atención.
- Opción n.º 2 (limitada) Nuestra historia clínica electrónica comparte información clínica mínima que consideramos esencial para la atención integrada y de calidad.
- Todos los medicamentos recetados por el Programa.
 - Los diagnósticos y los historiales médicos y de las alergias del paciente documentados por el Programa.

Este consentimiento deberá cancelarse si usted lo solicita por escrito o si ya no está cubierto por el seguro de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Entiendo que, a solicitud mía por escrito, el Programa me proporcionará una lista de personas a las que se les reveló la información médica sobre mi SUD.

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.