COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Instrucciones para completar el formulario de consentimiento de SAPC para procedimientos legales

La finalidad de este formulario de consentimiento es otorgar permiso por escrito para la divulgación e intercambio de información sobre su salud, incluida la información protegida conforme al **Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2** (información sobre trastornos por consumo de sustancias), con el fin de utilizarla en un procedimiento penal, civil, legislativo, o administrativo y se limita a los procedimientos legales mencionados y especificados en este formulario de consentimiento. Con respecto a la información sobre los Trastornos por consumo de sustancias (SUD) la finalidad del consentimiento y la divulgación debe ser específica y cumplir con los requisitos del **Título 42 del CFR, Parte 2**, así como todas las leyes federales y estatales correspondientes. Su autorización es voluntaria y puede negarse a firmar. Destine un momento a leer las indicaciones detalladas a continuación.

Lea cada sección con atención

Este formulario incluye varias secciones que describen:

- **Qué información** se puede divulgar
- **Quién** podría enviar y recibir la información
- **Por qué** se comparte la información
- **Cuánto** dura la autorización
- **Sus derechos** a revocar o limitar la autorización a divulgar información

Lea y repase cada sección con atención antes de firmar.

Especifique qué tipo de información puede divulgarse

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

- Su registro de salud completo, **o**
- Especifique la información que usted autoriza para su uso y divulgación

Quién puede compartir y recibir su información

Debe detallar:

- El tipo de procedimiento legal autorizado para el uso y divulgación de su información
- La/s entidad/es legal/es o persona/s autorizadas a recibirla
- Complete un formulario de consentimiento de SAPC para procedimientos legales para cada tipo de procedimiento legal necesario.

Si desea que diversas organizaciones intercambien información entre ellas, detállelas a todas.

Analice sus derechos conforme a la Ley HIPAA y el Título 42 del CFR, Parte 2

Este formulario establece sus derechos ante las leyes federales y estatales. Tiene derecho a:

- **Rehusarse a 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**, incluidos límites de redivulgación

Consulte la sección IV "Otra información importante" y la sección VI "Aviso que acompaña a la información divulgada" para obtener más información relacionada con sus derechos conforme a la Ley HIPAA y el Título 42 del CFR, Parte 2.

Vencimiento de la autorización

Este formulario de consentimiento vencerá un año después de la fecha en que se haya firmado, a menos que ingrese una fecha de vencimiento diferente en el espacio designado o que revoque este consentimiento.

Puede indicar una fecha anterior o posterior a un año a partir de la fecha en que se firmó este formulario. Si no especifica una fecha de vencimiento, el proveedor establecerá una fecha un año después de la fecha en que se firme el formulario de consentimiento.

Consulte la sección IV "Otra información importante" y la sección VII "Revocación de consentimiento" para obtener más

información sobre sus derechos de autorización.

Revocar su autorización

Puede revocar su autorización en cualquier momento al notificárselo al proveedor o programa que lo está tratando por escrito o en persona. Si el consentimiento se revoca antes de la fecha de vencimiento, el formulario se considerará revocado. La revocación **no** revierte la información que ya se compartió antes de que se recibiera dicha revocación.

La sección de revocación debe ser firmada por el menor **y** su padre/madre, tutor o representante legal, cuando se requiera el consentimiento del padre/madre, tutor o representante legal para el asesoramiento o tratamiento de SUD de un menor. El padre, tutor o representante legal escribirá en letra de molde su nombre completo, firmará y fechará en la primera línea de firma en la Sección V: "firma del cliente o representante legal" e indicará la relación con el cliente en la línea debajo de la primera línea de firma. El menor escribirá en letra de molde su nombre y firmará en el espacio de firma del primer testigo.

Consulte la sección IV "Otra información importante" y la sección VII "Revocación de consentimiento" para obtener más información sobre cómo revocar su autorización.

Intercambio electrónico y seguridad

Todas las divulgaciones (incluidas las que se hacen de manera electrónica) deben cumplir con:

- Los requisitos de la Ley **HIPAA**
- **El Título 42 del CFR, Parte 2**
- Otras **leyes de confidencialidad** federales y estatales correspondientes

Firme y coloque fecha en el formulario

Su firma confirma que usted:

- **Comprende** la información que está en el formulario
- **Autoriza la divulgación de la información** descrita
- **Comprende sus derechos** conforme a la Ley HIPAA y del Título 42 del CFR, Parte 2

Si firma como **representante legal**, debe indicar su facultad para hacerlo. Ejemplos de facultad legal incluyen curador, albacea, tutor legal, progenitor, apoderado y/o familiar más cercano. Se le solicitará presentar documentación adicional para corroborar su facultad o relación.

Si firma como testigo de una firma mediante marca, complete la sección apropiada con su información.

El formulario de consentimiento debe ser firmado por el menor **y** por el padre, el tutor o el representante legal cuando se requiera el consentimiento de estos para la asesoría o el tratamiento de un menor por SUD. El padre, tutor o representante legal escribirá en letra de molde su nombre completo, firmará y fechará en la primera línea de firma en la Sección V: "firma del cliente o representante legal" e indicará la relación con el cliente en la línea debajo de la primera línea de firma. El menor escribirá en letra de molde su nombre y firmará en el espacio de firma del primer testigo.

Devolución del formulario completado

Devuelva el formulario firmado al proveedor, programa o agencia responsable de procesar su solicitud. Puede pedir una copia para conservar en sus registros.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL ABUSO DE SUSTANCIAS

CONSENTIMIENTO PARA USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN EL MARCO DE PROCEDIMIENTOS LEGALES

Finalidad de consentimiento y divulgación Este formulario de consentimiento autoriza el uso y la divulgación de información de salud protegida sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD) con el fin de utilizarla en un procedimiento penal, civil, legislativo, o administrativo y se limita a los procedimientos legales mencionados y especificados en este formulario de consentimiento. Al completar este formulario de consentimiento para usos y divulgaciones, acepta la divulgación de su información de salud protegida sobre SUD a los efectos de los procedimientos legales detallados a continuación.

Elija el tipo de procedimiento legal al que autoriza para el uso y la divulgación de su información de salud sobre SUD.

☐ Penal ☐ Civil ☐ Legislativo ☐ Administrativo

Si está disponible, especifique información adicional (es decir, número de caso) relacionada con el procedimiento legal para el cual autoriza el uso y la divulgación de su información de salud sobre SUD.

_____

I. INFORMACIÓN DEL CLIENTE		
Nombre (apellido, nombre de pila y segundo nombre):	Fecha de nacimiento:	Medi-Cal N.°:
Dirección de correo electrónico: Al proporcionar su dirección de correo electrónico, autoriza a SAPC y a su red de proveedores a comunicarse con usted por este medio.	Número de teléfono:	Los últimos 4 dígitos de su SSN:
Dirección:		N.º de identificación de Sage:

II. ENTIDADES AUTORIZADAS A DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo a mi/s proveedor/es de tratamiento actual/es y anterior/es dentro de la red de proveedores de SAPC a divulgar mi información de salud protegida sobre SUD con la/s entidad/es jurídica/s - persona/s externas especificadas en esta sección para el procedimiento legal detallado con anterioridad.

Especifique la/s entidad/es jurídica/s - persona/s en el espacio a continuación. Si necesita más espacio, use el "documento de personas/entidades adicionales autorizadas por Divulgación de información (ROI)" para detallar las entidades adicionales y adjunte la documentación al final de este formulario de consentimiento.

1. Nombre de la entidad: _____
   Dirección: _____
   N.° de teléfono: _____ N.° de fax: _____
   Correo electrónico: _____ Sitio web: _____

2. Nombre de la entidad: _____
   Dirección: _____
   N.° de teléfono: _____ N.° de fax: _____
   Correo electrónico: _____ Sitio web: _____

3. Nombre de la entidad: _____

Dirección: _____

N.° de teléfono: _____ N.° de fax: _____

Correo electrónico: _____ Sitio web: _____

III. ALCANCE DE LA DIVULGACIÓN

Autorizo a las entidades indicadas en la Sección II a divulgar la información de salud protegida que se especifica a continuación.

Seleccione una de las opciones debajo.

☐ Mi registro de salud completo

☐Otros: _____

Especifique la información que usted autoriza para su uso y divulgación.

IV. OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Al firmar este consentimiento, comprendo que:

- **Vencimiento del consentimiento:** Este formulario de consentimiento vencerá un año después de la fecha en que se firme, a menos que se especifique una fecha de vencimiento diferente en la línea a continuación o que se revoque.

  Autorizo a que este formulario de consentimiento se venza el _____ / _____ / _____.
  Mes Día Año
- Mis registros de tratamiento contra el alcohol y/o las sustancias están protegidos bajo las normativas federales que regulan la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Título 42 del C.F.R. Parte 2, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (“HIPAA”), el Título 45 del C.F.R. Partes 160 y 164, y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que así lo exijan las normativas.
- Este consentimiento es voluntario y no necesito firmar este formulario de consentimiento para recibir tratamiento, inscribirme en servicios ni pagar por mi atención médica.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento. Una copia de este consentimiento es igualmente válida que el original.
- **Limitaciones para la redivulgación de información:** La información divulgada no puede redivulgarse en procedimientos civiles, penales, administrativos ni legislativos contra el cliente sin un formulario de consentimiento adicional que tenga únicamente esa finalidad de acuerdo con el Título 42 del C.F.R. Parte 2.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito o en persona con mi proveedor de tratamientos para consumo de sustancias, salvo en la medida en que mi proveedor u otro titular legítimo ya haya actuado basándose en él. Puedo hacer uso de la sección de Revocación de consentimiento en este formulario de consentimiento para rescindir este formulario de consentimiento por escrito. Una vez que hayan recibido mi Revocación de consentimiento, mi proveedor o SAPC revocarán el consentimiento para futura divulgación de información. Comprendo que las divulgaciones realizadas antes de revocar este formulario de consentimiento no pueden recuperarse y las entidades hacia quienes se hicieron dichas divulgaciones no tienen la obligación de devolverlas ni eliminarlas.

V: FIRMA DEL CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Al firmar a continuación, acepto haber leído el formulario de consentimiento y comprendo que mi firma autoriza la divulgación de mi información de salud según se describe en este formulario. Comprendo que la firma de este formulario es voluntaria y que tengo derecho de rehusarme a firmar.

Nombre y firma del cliente o su representante legal:

Si el cliente no sabe escribir, puede hacer una marca en la línea de firma. La firma mediante marca requiere de dos testigos. Uno de los testigos debe escribir el nombre en la línea designada para el nombre del cliente y escribir su propio nombre en una de las líneas denominadas "Escribir en letra de molde el nombre del testigo" y firmar en el espacio para testigos designado a continuación. El segundo testigo debe escribir su nombre en la otra línea "Escribir en letra de molde el nombre del testigo" y firmar en el otro espacio para el testigo y reconocer así la firma del cliente mediante una marca.

_____	_____	_____ / _____ / _____
Nombre en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Firma	Mes Día Año

Si el Representante legal del cliente firma, indique la relación y la facultad para hacerlo:

_____

Nombres y firmas de los testigos:

Si el cliente no puede escribir y ha puesto una marca como firma en la parte superior, se requieren dos testigos para completar la sección de testigos, escribiendo sus nombres y firmando a continuación.

1. _____	2. _____
Nombre del testigo en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Nombre del testigo en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido)
_____	_____
Firma	Firma

VI. AVISO QUE ACOMPAÑA A LA INFORMACIÓN DIVULGADA

Este registro que se le divulgó está protegido por las normas federales sobre confidencialidad (Título 42 del CFR, parte 2). Estas normas le prohíben usar o divulgar este registro, o dar testimonio que describa la información contenida en este registro, en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos solicitados por autoridades federales, estatales o locales, en contra del paciente, a menos que sea autorizado por el consentimiento del paciente, excepto que así lo disponga el Título 42 del CFR 2.12(c)(5) o según lo autorice un tribunal de acuerdo con el Título 42 del CFR 2.64 o 2.65. Además, las normativas federales le prohíben realizar cualquier otro uso o divulgación de este registro, a menos que, una de las siguientes situaciones, corresponda:

(i) El uso o la divulgación posteriores esté expresamente permitido por el consentimiento por escrito de la persona cuya información se esté divulgando en este registro, o según lo exija el Título 42 del CFR, parte 2.

(ii) Usted es una entidad cubierta o un socio comercial y recibió el registro para el tratamiento, o las operaciones de atención médica, o

(iii) Usted recibió el registro por parte de una entidad cubierta o socio comercial, según lo permiten el Título 45 del CFR parte 164, subpartes A y E.

Una autorización general para la divulgación de información de salud o de otro tipo NO es suficiente para cumplir con los elementos obligatorios de consentimiento escrito para el uso posterior o la redivulgación del registro (consultar el Título 42 del CFR 2.31).

VII. REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito al completar esta sección y enviar mi Revocación del consentimiento por correo electrónico o en persona a mi proveedor de tratamientos para consumo de sustancias, salvo en la medida en que mi proveedor u otro titular legítimo ya haya actuado basándose en él.

Dirección de la agencia del proveedor de tratamientos para consumo de sustancias:

Nombre de la organización: _____

Dirección de la calle (línea 1): _____

Dirección de la calle (línea 2: Dpto/Suite/Unidad): _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

Una vez que haya recibido mi Revocación del consentimiento, mi proveedor revocará el consentimiento para futura divulgación de información. La divulgación realizada antes de recibir la revocación no puede recuperarse.

Al firmar a continuación, revoco mi consentimiento para futura divulgación de información. Comprendo que las divulgaciones realizadas antes de la recepción de esta revocación no pueden deshacerse ni recuperarse.

Nombre y firma del cliente o su representante legal:

Si el cliente no sabe escribir, puede hacer una marca en la línea de firma. La firma mediante marca requiere de dos testigos. Uno de los testigos debe escribir el nombre en la línea designada para el nombre del cliente y escribir su propio nombre en una de las líneas denominadas "Escribir en letra de molde el nombre del testigo" y firmar en el espacio para testigos designado a continuación. El segundo testigo debe escribir su nombre en la otra línea "Escribir en letra de molde el nombre del testigo" y firmar en el otro espacio para el testigo y reconocer así la firma del cliente mediante una marca.

_____ _____ _____ / _____ / _____

Nombre en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido) | Firma | Mes | Día | Año

Si el Representante legal del cliente firma, indique la relación y la facultad para hacerlo:

_____

Nombres y firmas de los testigos:

Si el cliente no puede escribir y ha puesto una marca como firma en la parte superior, se requieren dos testigos para completar la sección de testigos, escribiendo sus nombres y firmando a continuación.

1. _____
   Nombre del testigo en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido)

   _____
   Firma

2. _____
   Nombre del testigo en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido)

   _____
   Firma

Los clientes que hayan enviado un formulario de Consentimiento para la divulgación de información directamente a SAPC pueden enviar el formulario de Revocación del consentimiento, ya completado, por correo electrónico seguro o por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Se debe incluir una copia de la identificación emitida por el gobierno oficial para verificar la legitimidad de la solicitud.

Dirección de correo postal de SAPC
Control y prevención de abuso de sustancias
1000 South Fremont Ave.
Bldg. A-9 East 3rd Floor Box 34
Alhambra, CA 91803

Dirección de correo electrónico:
SAPC-HIM@ph.lacounty.gov

Aviso: No se procesarán las solicitudes de revocación enviadas a SAPC por parte de clientes que no hayan completado el formulario de Consentimiento para la divulgación de información directamente con SAPC, o las solicitudes presentadas sin una copia de una identificación válida otorgada por el gobierno.

COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Cómo completar el formulario de Consentimiento para la divulgación de información de SAPC

Finalidad del consentimiento y la divulgación (Parte superior del formulario)

En esta sección se determina en **qué tipo de procedimiento legal** usted autoriza que se use su información sobre SUD.

Paso 1: seleccionar el(los) tipo(s) de procedimiento legal

Elija la categoría que corresponda al asunto legal donde se usará la información sobre SUD. Se debe utilizar un formulario distinto para cada tipo de procedimiento legal, ya que un cliente puede tener preferencias diferentes en cuanto a la divulgación de información según el tipo de procedimiento legal de que se trate.

Marque una de las siguientes opciones:

- ☐ **Criminal**
- ☐ **Civil**
- ☐ **Legislativa**
- ☐ **Administrativa**

Paso 2: agregar información adicional (si corresponde)

En la línea en blanco arriba del casillero, escriba toda información identificatoria que tenga, por ejemplo:

- **Número de caso**
- **Departamento judicial**
- **Número de archivo de la agencia**
- **Fecha de audiencia**
- **Nombre del investigador o abogado**

Si no tiene esta información, puede dejar el espacio en blanco.

Sección I: información del cliente

Complete con su información personal para que SAPC y sus proveedores puedan identificar correctamente su registro.

1. **Nombre:** Escriba su nombre legal completo (Apellido, primer nombre, segundo nombre).
2. **Fecha de nacimiento:** Use el formato MM/DD/AAAA
3. **Medi-Cal N.º:** Ingrese su número de Medi-Cal si tiene uno.
4. **Dirección de correo electrónico:** Ingrese un correo electrónico que controle regularmente.
5. **Número de teléfono:** El mejor número de teléfono para contactarlo.
6. **Los últimos 4 dígitos de su SSN:** Ingrese solo los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social. Si no tiene un SSN o no conoce cuál es su SSN, deje el espacio en blanco.
7. **Dirección:** Su dirección postal actual.
8. **N.º de identificación de Sage:** Indique su número de registro médico de Sage EHR si lo conoce. Si no lo conoce, deje el espacio en blanco o pregunte a su proveedor.

Sección II: entidades autorizadas a divulgar información de salud

En esta sección, se identifica **quién puede recibir información sobre su SUD** para el procedimiento legal que eligió.

Paso 1: leer la declaración de autorización

Explica que los proveedores de tratamiento de SAPC actuales y anteriores pueden divulgar la información de su SUD con entidades legales que se indican a continuación.

Paso 2: enumerar cada entidad legal o individuo

Para cada parte legal involucrada en su caso, complete lo siguiente:

- **Nombre de la entidad** (p. ej., "Tribunal Superior de Los Angeles", "Departamento de Libertad Condicional", "Abogado John Smith", "Enlace con los tribunales de DMH")
- **Dirección** (dirección de correo completa)
- **Número de teléfono** (con código de área)
- **Número de fax** (si lo conoce)
- **Dirección de correo electrónico** (si la conoce)
- **Sitio web** (opcional)

Paso 3: agregar páginas adicionales en caso de ser necesario

Si tiene más de tres entidades, complete la documento de personas/entidades adicionales autorizadas por ROI para enumerar las entidades adicionales y adjuntar el documento al final de este formulario de consentimiento.

Sección III: alcance de la divulgación

En esta sección, se define el **tipo de información** que se puede usar o divulgar.

Paso 1: elegir una opción

- ☐ **Mi registro de salud completo** Seleccione esta opción si desea que el registro de SUD completo esté disponible para el procedimiento legal.
- ☐ **Otro:** Seleccione esta opción si desea limitar la información que quiere divulgar.

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

Sea lo más específico posible para que los proveedores sepan que está autorizado a divulgar.
Ejemplos:

- "Solo fechas de tratamientos"
- "Solo evaluaciones y diagnósticos"
- "Lista de medicamentos"
- "Prueba de participación en el programa"
- "Solo informes de progreso"

Sección IV: otra información importante

No debe escribir nada en esta sección. Lea cada subsección con atención.

- **Vencimiento:** Este formulario de consentimiento vencerá un año después de la fecha en que se firme, a menos que se especifique una fecha de vencimiento diferente o que se revoque. Escriba una fecha en el espacio indicado si desea que el formulario de consentimiento caduque antes o después de un año a partir de la fecha en que se firme este formulario. Si no especifica una fecha de vencimiento, el proveedor establecerá una fecha un año después de la fecha en que se firme el formulario de consentimiento.
- **Protecciones:** Sus registros están protegidos por las leyes federales conforme al **Título 42 del CFR, Parte 2** e **HIPAA**.
- **Derecho a no firmar:** Se puede rehusar a firmar, pero en ese caso no se le entregarán sus registros.
- **Derecho a recibir una copia:** Puede solicitar una copia del consentimiento firmado.
- **Protecciones legales:** Su información no se puede usar en procedimientos legales sin un consentimiento separado.
- **Derecho a revocar:** Puede revocar este consentimiento en cualquier momento. La información que ya se divulgó no se puede retirar.

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. Al firmar con una marca, **dos testigos** deben completar esta sección de testigos.
3. **Fecha:** Ingrese la fecha de la firma.
4. **Si un Representante legal lo firma:**
    a. Estado de la relación (p. ej., padre, tutor, etc.)
    b. Estado de la facultad (p. ej., orden judicial, tutela, etc.)
5. **Sección de testigos *(solo si el cliente firma con una marca o si el cliente es menor de edad y se requiere el consentimiento de su padre/tutor o representante legal)***
    Los dos testigos deben:
        - Escribir sus nombres en letra de molde de forma legible
        - Firmar con sus nombres

Si un **representante legal** firma, debe indicar la relación y la facultad legal. Si el cliente **firma con una marca**, dos testigos deben escribir sus nombres en letra de molde y firmar.

El formulario de consentimiento debe ser firmado por el menor **y** por el padre, el tutor o el representante legal cuando se requiera

el consentimiento de estos para la asesoría o el tratamiento de un menor por SUD. El padre, tutor o representante legal escribirá en letra de molde su nombre completo, firmará y fechará en la primera línea de firma en la Sección V: "firma del cliente o representante legal" e indicará la relación con el cliente en la línea debajo de la primera línea de firma. El menor escribirá en letra de molde su nombre y firmará en el espacio de firma del primer testigo.

Sección VI: aviso que acompaña a la información divulgada

Este es el aviso de confidencialidad requerido por el Título 42 del CFR, Parte 2, que acompañará a su información. No se debe escribir en esta sección. El Aviso que acompaña a la divulgación de información es un aviso de confidencialidad que acompañará a los registros que se divulguen conforme a lo autorizado mediante la firma de este formulario. El aviso de confidencialidad informa al destinatario que los registros que se le envían están protegidos por las leyes estatales y federales de confidencialidad y no pueden compartirse con otras entidades que no estén 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 con la siguiente información:

- **Nombre de la organización del proveedor**
- **Dirección de correo completa**

Paso 2: firma de revocación

1. **Escribir su nombre en letra de molde**
2. **Firme (o haga una marca**).
3. **Fecha de revocación (MM/DD/AAAA)**
4. Si un **representante legal** firma, **indique la relación y la facultad** para hacerlo
5. Si se envía directamente a SAPC, **incluya una copia de su identificación emitida por el gobierno** para verificar su identidad.

Paso 3: testigos (solo si el cliente firma con una marca o si el cliente es menor de edad y se requiere el consentimiento de su padre/tutor o representante legal)

Paso 3: testigos (si se firma con una marca o es un menor de edad)

Dos testigos, o el menor de edad, deben escribir sus nombres en letra de molde y firmar.

Paso 4: presentar la revocación

Si usted envió inicialmente el consentimiento directamente a SAPC, puede enviar la revocación:

- **Por correo electrónico seguro** a SAPC: HIM@ph.lacounty.gov (debe adjuntar una copia de su identificación emitida por el gobierno)
- **Por correo postal** a la dirección de SAPC indicada en el formulario

Siga las instrucciones de este formulario para enviar las revocaciones a su proveedor, agencia o SAPC.

Definiciones adicionales

Autorización/Consentimiento

Un documento escrito y firmado que cumpla con todos los requisitos del Título 42 del CFR, Parte 2, entre ellos:

- Finalidad de la divulgación
- Quién puede divulgar
- Quién puede recibir
- Qué información se puede divulgar
- Vencimiento
- Firma y fecha

Cada formulario de ROI de SAPC está diseñado para cumplir con estos requisitos para la finalidad determinada.

Coordinación de la atención

La comunicación y la colaboración entre los proveedores para apoyar el tratamiento del cliente, las derivaciones, la gestión de casos y la continuidad de la atención.

Cliente

La persona que recibe los servicios de trastorno por consumo de sustancias (SUD). El cliente es la persona cuya información de salud protegida (PHI) se puede divulgar cuando firma un ROI.

Entidad

Cualquier organización, agencia, proveedor, tribunal, abogado o persona autorizada a recibir o divulgar información sobre SUD. Ejemplos: Proveedores de SAPC, DHCS, planes de atención gestionados, tribunales, departamento de libertad condicional, proveedores de atención primaria.

Procedimientos legales

Cualquier proceso penal, civil, administrativo o legislativo en el que se pueda solicitar o utilizar información sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD) en contra del cliente. Ejemplos: audiencias judiciales, libertad condicional, casos de protección infantil, audiencias para determinar los beneficios del seguro social.

Representante legal

Una persona legalmente autorizada a tomar decisiones en nombre del cliente. Ejemplos:

- Curador designado por el tribunal
- Tutor legal
- El padre de un menor de edad puede firmar el ROI solo cuando haya documentado la facultad legal.

Norma del mínimo necesario

Según las definiciones de la HIPAA, se puede compartir la cantidad mínima de información necesaria para cumplir con el propósito del consentimiento.

Pago y operaciones de atención médica

Actividades administrativas necesarias para facturar, pagar o gestionar los servicios de SUD, entre ellos:

- Facturación de Medi-Cal
- Controles de elegibilidad
- Revisión del uso
- Mejora de la calidad
- Auditorías y revisiones de cumplimiento

Redivulgación

Cualquier divulgación de información sobre SUD después de la divulgación inicial. Conforme al Título 42 de la CFR, Parte 2, la redivulgación se **permite**, salvo para procedimientos legales.

Revocación del consentimiento

El cliente tiene derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. La revocación del consentimiento no puede anular las divulgaciones realizadas en el pasado mientras el consentimiento estaba vigente. La revocación se debe realizar por escrito o se debe completar la sección de revocación del formulario de ROI.

Pagador externo

Cualquier entidad responsable de pagar o reembolsar los servicios de SUD que no sea el cliente. Ejemplos: Medi-Cal, DHCS, planes de atención gestionados, seguro privado.

Proveedor de tratamiento/red de proveedores de SAPC

Cualquier programa de tratamiento de SUD contratado a SAPC del condado de LA, incluidos los programas ambulatorios, residenciales, de tratamiento con opioides (OTP), de manejo de la abstinencia y de apoyo a la recuperación.

Testigo

Una persona que observa al cliente cuando firme el ROI con **una marca** (cuando el cliente no puede hacer una firma). Dos (2) testigos deben escribir sus nombres y firmar para que la marca se considere válida.