COUNTY OF LOS ANGELES
Public Health

Instrucciones para completar el formulario de Consentimiento de SAPC para el pago y operaciones de atención médica

La finalidad de este formulario de consentimiento es autorizar el pago de todos los servicios prestados para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias (SUD) y autorizar la divulgación de su información de salud protegida sobre el SUD, conforme al **Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2**, por parte de sus proveedores de atención médica actuales, pasados y futuros, dentro de la red de proveedores de SAPC, en su calidad de plan especializado de Medi-Cal para SUD para los servicios relacionados con el SUD, con el fin de pagar los servicios recibidos y para otras operaciones de atención médica. Conforme a HIPAA; las "operaciones de atención médica" incluyen un rango de actividades, tales como prestar o coordinar servicios de auditoría, incluyendo la detección de fraudes y abusos, programas de cumplimiento normativo, gestión empresarial y actividades administrativas generales. Este consentimiento también autoriza la presentación y el pago al Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS), a los planes de atención médica administrada (MCP) y a otros pagadores externos, así como la divulgación de toda la información necesaria para presentar y procesar las reclamaciones.

Tenga en cuenta que su autorización es voluntaria y puede negarse a firmar este formulario de consentimiento. Sin embargo, si no firma este consentimiento, estará aceptando la responsabilidad de todos los pagos, incluyendo cualquier monto que, de otra manera, le sería facturado o reembolsado por SAPC, en su calidad de plan especializado en SUD de Medi-Cal, así como por cualquier pagador externo aplicable, y será responsable de todos los gastos de bolsillo asociados. Revise estas instrucciones antes de continuar.

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 tiempo** dura la autorización de divulgación de información
- **Sus derechos** a revocar la autorización a divulgar información
- **Su derecho** a rehusarse a firmar y sus consecuencias

Lea y repase cada sección con atención antes de firmar.

Quién puede compartir y recibir su información

Al firmar este formulario, usted acepta autorizar que se comparta con SAPC, en su calidad de plan especializado en SUD de Medi-CAL, la información médica protegida sobre SUD, conforme al Título 42 del CFR, Parte 2, proveniente de proveedores de atención médica actuales, anteriores y futuros de la Red de Proveedores de SAPC, con fines de pago y otras operaciones de atención médica. También autoriza la divulgación de información de su registro médico a SAPC u otros pagadores externos, entre ellos toda la información necesaria para presentar y procesar reclamaciones, como su nombre, fecha de nacimiento, dirección, diagnóstico médico y servicios prestados a usted.

Consulte la Sección II "Entidades autorizadas a divulgar información de salud" y la Sección III "Otra información importante".

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
- **Esperar protecciones de confidencialidad**, incluidos límites de redivulgación

Consulte la sección III "Otra información importante" y la sección V "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

Esta autorización no vencerá y continuará vigente a menos que decida revocarla.

Consulte la sección III "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. La revocación **no** revierte la información que ya se compartió antes de que se recibiera dicha revocación. Los servicios prestados antes de la revocación seguirán considerándose autorizados a efectos de pago y de las operaciones de atención médica.

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 IV: "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 III "Otra información importante" y la sección VI "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. Algunos ejemplos de autoridad legal son: los padres, el tutor legal, el curador, el albacea de la sucesión, el apoderado y/o el familiar más cercano. Se le solicitará presentar documentación adicional para corroborar su facultad para dar consentimiento en nombre del cliente.

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 IV: "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 DEL SUSTANCIAS (SAPC)

CONSENTIMIENTO PARA EL PAGO Y OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Finalidad de consentimiento y divulgación: La finalidad de este consentimiento es autorizar el pago de todos los servicios prestados para el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias (SUD) y autorizar la divulgación de mi información de salud protegida sobre el SUD, conforme al Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Parte 2, por parte de mis proveedores de atención médica actuales, pasados y futuros, dentro de la red de proveedores de SAPC, en su calidad de Plan especializado de Medi-Cal para SUD para los servicios relacionados con el SUD, con el fin de pagar los servicios recibidos y para otras operaciones de atención médica. Este consentimiento también autoriza la presentación y el pago al Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS), a los planes de atención médica administrada (MCP) y a otros pagadores externos, así como la divulgación de toda la información necesaria para presentar y procesar las reclamaciones.

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

Acepto autorizar que se comparta con SAPC, en su calidad de plan especializado en SUD de Medi-CAL, la información de salud protegida sobre SUD, conforme al Título 42 del CFR, Parte 2, proveniente de proveedores de atención médica actuales, anteriores y futuros de la Red de Proveedores de SAPC, con fines de pago y otras operaciones de atención médica. También autorizo la divulgación de información de mi registro médico a SAPC u otros pagadores externos, entre ellos toda la información necesaria para presentar y procesar reclamaciones, como mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, diagnóstico médico y servicios prestados a mí.

III. OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Al firmar este consentimiento, comprendo que:

- **Vencimiento del consentimiento:** esta autorización continuará vigente a menos que se revoque.
- 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.
- **Derecho a no firmar:** Este Consentimiento es para el pago de mi atención médica y otras operaciones de atención médica. Reconozco que tengo derecho a no firmar este consentimiento. Si no firmo este consentimiento, acepto la responsabilidad de todos los pagos, incluyendo cualquier monto que, de otra manera, se le facturaría a SAPC o que SAPC reembolsaría, en su calidad de plan especializado en SUD de Medi-Cal, así como a cualquier pagador externo aplicable, y seré responsable de todos los gastos de bolsillo asociados.
- Reconozco que esta autorización es necesaria para determinar si tengo derecho a recibir tratamientos o prestaciones, o para pagar los tratamientos que reciba; sin embargo, SAPC no puede condicionar mi tratamiento a que yo otorgue esta autorización.
- Tengo derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento. Una copia de este consentimiento es igualmente válida que el original.
- **Redivulgación de información**: Información relacionada con el tratamiento de alcoholismo o drogas divulgada a una entidad o socio comercial cubierto puede divulgarse nuevamente conforme a las autorizaciones incluidas en las regulaciones de HIPAA.
- **Limitaciones para la redivulgación:** 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.

IV. 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. _____
Nombre en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido)

_____
Firma

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

_____
Firma

V. AVISO QUE ACOMPAÑA A DIVULGACIÓN

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 cliente, a menos que sea autorizado por el consentimiento del cliente, 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).

VI. 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 postal 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 para el pago y operaciones de atención médica. 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.

_____	_____	_____ / _____ /_____
Escribir el 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 en letra de molde (primer nombre, segundo nombre y apellido)

   _____
   Firma

2. _____
   Nombre 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 de SAPC para el pago y operaciones de atención médica

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

En esta sección se explica lo que está autorizando:

- SAPC para recibir su información de SUD para el **pago y operaciones de atención médica** y
- SAPC, DHCS, MCP y otros pagadores para recibir la información necesaria para **presentar y procesar las reclamaciones**.
- **Este formulario es obligatorio** si desea que el SAPC facture a Medi-Cal o a otros pagadores por sus servicios de SUD.

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

No se debe escribir en esta sección. En esta sección se explica que usted está autorizando a sus **proveedores de atención médica de SAPC (actuales, anteriores y futuros)** a divulgar su información sobre trastornos por consumo de sustancias (SUD) a **SAPC y a pagadores externos** (DHCS, MCP, planes de seguro) para **fines de pago y operaciones de atención médica**.

Sección III: otra información importante

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

- **Vencimiento:** Su Consentimiento seguirá vigente hasta que lo revoque.
- **Protecciones:** Sus registros están protegidos por las leyes federales conforme al **Título 42 del CFR, Parte 2** e **HIPAA**.
- **Derecho a no firmar:** Se pude rehusar a firmar, pero si lo hace será responsable de los **costos asociados con su atención**.
- **Derecho a recibir una copia:** Puede solicitar una copia del consentimiento firmado.
- **Nueva divulgación:** Una parte de su información se pude divulgar nuevamente conforme a HIPAA y en determinadas circunstancias.
- **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 IV: 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 autoridad (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 autoridad legal para hacerlo. 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 IV: "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 V: 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 VI: 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)

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
- Requisitos de datos de MCP
- 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.