AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS EDUCATIVOS, SOCIALES Y DE SALUD

North Coast Care Connect

El North Coast Care Connect (Care Connect) es una asociación de organizaciones de salud, servicios sociales y comunitarios que te ayudan a recibir servicios, trabajan contigo para conocer tus necesidades y te conectan con recursos que pueden ayudarte. Se necesita tu permiso para permitir el intercambio de tu información de salud protegida, expedientes educativos que incluyen información personal identificable y otra información personal, incluyendo a través de sistemas electrónicos utilizados por North Coast Health Improvement and Information Network (NCHIIN) y organizaciones participantes. El darnos permiso permite a tus proveedores comunicarse mejor entre sí para darte una mejor atención. Si estás de acuerdo, tu información se almacenará y se intercambiará con los siguientes tipos de organizaciones para ayudar en la coordinación de tu atención, recursos y servicios humanos.

- Proveedores de atención médica
- Proveedores de salud mental y del comportamiento
- Proveedores de servicios sociales
- Planes de seguro medico
- Proveedores de vivienda
- Organizaciones relacionadas con el sistema de justicia
- Agencias/instituciones educativas
- Organizaciones comunitarias, por ejemplo, bancos de comida, servicios legales
- Departamentos del condado, por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos
- Servicios del bienestar y otros

Una lista actual de las organizaciones participantes, que puede cambiar de vez en cuando, se encuentra en la página de información de Care Connect: https://www.nchiin.org/cie-clients/

Al firmar este formulario, estás dando permiso para que tu información, incluyendo la información divulgada y vuelta a divulgar por ti y tu familia, se comparta e intercambie con los tipos de organizaciones listados en este documento. Esta información se usará para verificar si calificas para recursos y programas de parte de organizaciones en el condado de Humboldt, ayudarte a conectarte con ellos y coordinar entre ellos para servirte mejor y mejorar tu salud. También facilita que tus proveedores coordinen tu atención, reciban pagos por sus servicios, realicen su trabajo programático y mejoren la calidad de sus servicios. Para obtener más información sobre cómo Care Connect usa y protege tu información, y cómo obtener una copia de esta Autorización para tus archivos,

consulta la página de información de Care Connect.

Firmar este formulario es tu decisión. No importa lo que elijas, no influye si calificas para recibir servicios.

Al firmar mi nombre a continuación, estoy de acuerdo en que mis proveedores y organizaciones de tratamiento actuales, pasados y futuros puedan divulgar mi información de salud y/o servicios sociales, expedientes de tratamiento y servicios, expedientes educativos y otros datos a NCHIIN y que estos datos puedan ser compartidos entre las organizaciones participantes de North Coast Care Connect.

- La información que puede compartirse incluye, pero no se limita a detalles sobre:
    - Mis datos personales (incluyendo fecha de nacimiento, situación de vivienda y datos de contacto),
    - Mi historial médico, condición mental o física,
    - Información sobre servicios sociales (incluyendo CalFresh, General Relief, CalWorks, Programa de Asistencia en Efectivo para Inmigrantes, Medi-Cal y otros beneficios públicos para los que pueda aplicar).
    - Información de expedientes educativos o escolares (incluyendo expedientes de asistencia, transcritos escolares e información de salud del estudiante).
    - Tratamiento y servicios que recibo.

- Entiendo que esta Autorización aplica a los datos de todos los servicios que reciba de proveedores y organizaciones participantes de Care Connect.

Específicamente autorizo a mis proveedores y organizaciones de tratamiento actuales, pasados y futuros, a NCHIIN y a las organizaciones participantes de Care Connect a compartir la siguiente información (marcar según corresponda):

- ☐ Información sobre el tratamiento de salud mental (excluyendo notas de psicoterapia) _____(*inicial*)

Comprendo:

- Esta autorización permanecerá vigente durante un período de dos (2) años a partir de la fecha en que se firme, o hasta que cambie o revoque mi autorización por escrito.
- Tengo el derecho de cancelar o cambiar esta autorización en cualquier momento. Puedo iniciar este proceso hablando con cualquiera de mis

proveedores de Care Connect. (Un aviso verbal o por escrito para revocar su consentimiento se procesará en un plazo de cinco días hábiles.) En ese momento, cancelaré mi autorización o completaré una nueva autorización para reflejar los cambios en la información sensible que deseo compartir. Si limito la 3información que comparto, mi información sensible no se compartirá con los proveedores u organizaciones asociados a partir de esa fecha en adelante. Cualquier información sensible previamente compartida con proveedores de3 tratamiento actuales o pasados no se podrá recuperar. Si decido no compartir información sensible, es posible que reciba servicios limitados de coordinación de atención a través del sistema de North Coast Care Connect, pero esto no afectará los servicios que reciba de los proveedores.

- Cuando mi información se comparte, existe la posibilidad de que sea compartida con otros. La ley federal o la ley de privacidad de California puede que no protejan que mi información se vuelva a compartir.
- Tengo el derecho de:
    - Inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud e información de servicios sociales compartida por medio de esta autorización.
    - Negarme a firmar esta autorización.
    - Recibir una copia de esta autorización.

He leído esta autorización o mi proveedor me la ha leído. Autorizo a que se comparta y se use mi información de salud e información de servicios sociales según como se describe anteriormente.

Firma del Cliente: Fecha:

Fecha de Vencimiento de la Autorización y el Consentimiento:

(Escribe el nombre, segundo nombre y apellido del individuo(a))

Si esta Autorización es firmada por alguien que no sea el cliente, por favor indique la relación:

Relación con el Cliente

Nombre: Fecha: