

Consentimiento para la divulgación de los registros de trastornos por abuso de sustancias con fines de tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica

La ley federal protege la confidencialidad de los registros de trastornos por abuso de sustancias (“Registros de trastornos por abuso de sustancias [substance use disorder, SUD]”) relacionados con su diagnóstico, tratamiento o derivación para tratamiento. Su consentimiento es voluntario. Cuando acepte y firme este formulario de consentimiento, Kaiser Permanente podrá compartir sus Registros de SUD con fines de tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica hasta que usted retire su consentimiento.

Puede conocer otros motivos por los cuales Kaiser Permanente puede usar o divulgar sus Registros de SUD con o sin su consentimiento en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de Kaiser Permanente (<https://espanol.kaiserpermanente.org/es/southern-california/privacy-practices>). Si tiene preguntas o inquietudes sobre lo que implica este formulario de consentimiento, consulte con su terapeuta o un miembro del personal para obtener más información.

Definiciones

“Kaiser Permanente” se refiere a Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, Permanente Medical Groups y cada una de sus subsidiarias, incluidas aquellas que operan y administran el Part 2 Program.

“Registros de SUD” se refiere a toda información de identificación personal sobre usted creada, recibida u obtenida por el Part 2 Program de Kaiser Permanente, tal como se define en la Sección 2.11 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.), y se relaciona con el diagnóstico, el tratamiento o la derivación para tratamiento de un trastorno por abuso de sustancias.

Por qué le solicitamos este consentimiento

La ley federal exige que los Part 2 Programs de Kaiser Permanente (los “Part 2 Programs”) obtengan su consentimiento firmado antes de divulgar sus Registros de SUD a personas fuera del Part 2 Program en la mayoría de las circunstancias. Las excepciones en las que Kaiser Permanente podría tener que compartir su información sin su consentimiento específico incluyen:

- si usted está experimentando una emergencia médica;
- si sospechamos que ha sufrido abuso o negligencia;
- si recibimos una orden judicial de divulgar sus Registros de SUD.

Acerca de este formulario de consentimiento

Puede usar este formulario para aceptar o negar su consentimiento para divulgar sus Registros de SUD del Part 2 Program de Kaiser Permanente con fines de tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica. Este consentimiento se aplicaría a compartir sus Registros

de SUD para facturar a su plan de salud por la atención relacionada con el SUD que se le proporcione, para ayudar a coordinar su atención y administración de caso y para el aseguramiento de la calidad o el monitoreo de la seguridad del paciente de Kaiser Permanente, así como para las actividades de cumplimiento normativo.

Compartir sus Registros de SUD

Kaiser Permanente puede compartir sus Registros de SUD con otros (como se definió anteriormente) con fines de tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica de acuerdo con las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) en las Partes 160 y 164 del Título 45 del C.F.R. Si el destinatario de sus Registros de SUD es una entidad o un socio comercial cubierto tal y como se define en esas normas de privacidad de la HIPAA, dicho destinatario tiene permitido también usar y volver a divulgar o compartir dicha información con fines de tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica. Los Registros de SUD que se vuelvan a divulgar o compartan de esta manera podrían ya no estar protegidos por la Parte 2 del Título 42 del C.F.R.

Su consentimiento firmado

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Kaiser Permanente puede depender de este único consentimiento para permitir las divulgaciones y usos futuros de los Part 2 Programs con fines de tratamiento, pago o actividades relacionadas con la atención médica. Estos fines permiten compartir sus Registros de SUD con sus proveedores de tratamiento, planes de salud, pagadores terceros y otros que ayudan a operar nuestros Part 2 Programs.

Divulgaciones excluidas del alcance de este consentimiento

La ley federal prohíbe explícitamente que Kaiser Permanente use, divulgue o comparta sus Registros de SUD (tal y como se definió anteriormente) para procesos civiles, penales o administrativos en su contra, excepto en los casos en los que usted haya dado su consentimiento por escrito para compartirlos o que una orden judicial lo exija.

Negación del consentimiento para divulgar sus Registros de SUD

Si usted se niega a firmar este consentimiento, podría ser más difícil para nosotros coordinar su atención con otros proveedores de atención médica y obtener el pago de la atención proporcionada. También podría tener un impacto negativo en su experiencia como paciente, ya que limitar la forma en que compartimos sus Registros de SUD puede provocar que se comparta información imprecisa o incompleta con sus proveedores de atención médica, planes de salud o pagadores terceros. También podríamos tener que derivarlo a un proveedor fuera de los Part 2 Programs de Kaiser Permanente para obtener servicios de tratamiento de SUD.

Retirar o revocar su consentimiento

Tiene derecho a retirar este consentimiento en cualquier momento. Si elige retirar su consentimiento, usted o su representante personal debe presentar una solicitud por escrito ante el Departamento de Divulgación de Información (Release of Information, ROI) local.

Después de que recibamos su formulario de Revocación de la autorización, Kaiser Permanente ya no podrá divulgar ni compartir sus Registros de SUD con fines de tratamiento, pago o actividades relacionadas con la atención médica a menos que se aplique alguna excepción (p. ej., una emergencia médica), si la ley o un tribunal exige que Kaiser Permanente comparta determinada información que sea parte de sus Registros de SUD o si, de alguna otra manera, usted dio su consentimiento por escrito para usar, divulgar o compartir sus Registros de SUD con un fin específico. Tenga en cuenta que Kaiser Permanente no puede recuperar ni revertir las divulgaciones de Registros de SUD que ocurran mientras tengamos su consentimiento firmado. Si usted retira su consentimiento, también podríamos tener que derivarlo a un proveedor fuera de los Part 2 Programs de Kaiser Permanente para obtener servicios de tratamiento de SUD.

Duración y vencimiento del consentimiento

Su consentimiento permanecerá activo mientras Kaiser Permanente conserve sus Registros de SUD o hasta que usted retire su consentimiento, excepto cuando la ley estatal limite el tiempo durante el cual su consentimiento es válido.

AGENCIA DE INFORMES

La Sección 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar cualquier información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios del consumidor. Además de cualquier otra penalización permitida por la ley, si una persona viola deliberadamente dicha sección al brindar información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios del consumidor, la deuda será considerada nula e inejecutable.

ASISTENCIA FINANCIERA PARA GASTOS MÉDICOS

Usted podría ser elegible para recibir Asistencia Financiera para Gastos Médicos (Medical Financial Assistance, MFA) que le ayude a cubrir sus facturas médicas con Kaiser Permanente. Verificaremos sus ingresos para determinar si califica para recibir un beneficio de MFA u otro programa federal, estatal y privado. Si no proporciona un comprobante de sus ingresos, Kaiser Permanente usará información proveniente de otras fuentes. Confirmaremos si es elegible para recibir asistencia antes de remitir cualquier factura impaga a cobranza. Si es elegible para recibir el beneficio de MFA de Kaiser Permanente, recibirá una carta de notificación. La participación en el programa de MFA es voluntaria. Si desea cancelar su participación, llame al 1-800-390-3507 (TTY 711). Si no participa, debe pagar el saldo pendiente.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA DE SUD**NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE SUD**

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA DE SUD

Al firmar con su nombre en el espacio que aparece a continuación, usted reconoce y acepta que leyó y comprende este documento, y que proporciona un consentimiento único para todos los usos futuros de sus Registros de SUD por parte de Kaiser Permanente y su divulgación a sus proveedores tratantes, planes de salud y pagadores terceros, y a las personas que ayudan a operar los Part 2 Programs de Kaiser Permanente, con fines de tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica, tal y como se describieron anteriormente.

Si un padre, madre, tutor legal o representante personal firma este formulario de consentimiento, entonces escriba en letra de imprenta el nombre del padre, la madre, el tutor legal o el representante personal y la relación con el paciente. *(Nota: Si la persona que recibe la atención es menor de edad, entonces uno de los padres o el tutor legal reconoce haber leído y entendido este documento, y autoriza la divulgación de la información. Tanto el menor como el padre, la madre o el tutor legal deben firmar a continuación. En ciertas circunstancias, los menores pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento y autorizar la divulgación 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).*¹

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma	Fecha
Nombre del padre, la madre o el tutor del paciente (en letra de imprenta) (cuando sea necesario)	Firma	Fecha
Nombre de la persona autorizada por ley firmar en para nombre del paciente (en letra de imprenta) (cuando sea necesario)	Firma	Fecha

¹ Consulte [Cal. Fam. Code § 6929 \(West\)](#): (b) un menor de edad que tenga 12 años o más puede dar su consentimiento para la atención y el asesoramiento médicos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de un problema relacionado con el consumo de alcohol y drogas; (c) el plan de tratamiento de un menor de edad autorizado por esta sección debe incluir la participación del padre, la madre o el tutor del menor, si corresponde, según lo determinado por el profesional o centro que trata al menor.

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA DE SUD

NO AUTORIZO que Kaiser Permanente divulgue o comparta todos o cualquier parte de mis Registros de SUD a mis proveedores tratantes, planes de salud o pagadores terceros, ni a las personas que ayudan a operar los Part 2 Programs de Kaiser Permanente, para todas las divulgaciones y usos futuros con fines de tratamiento, pago y actividades relacionadas con la atención médica. Entiendo que esta negación no afecta los usos o divulgaciones que Kaiser Permanente tiene permitidos hacer o que se le exijan sin mi consentimiento según la ley correspondiente, tal y como se describe en el Aviso sobre Prácticas de Privacidad, ni su capacidad de usar, divulgar o compartir mi información según mi consentimiento en una autorización específica o formulario de consentimiento por separado.

(Nota: Si la persona que recibe la atención es menor de edad, entonces uno de los padres o el tutor legal reconoce haber leído y entendido este documento, y se niega a autorizar la divulgación de información. Tanto el menor como el padre, la madre o el tutor legal deben firmar a continuación. En ciertas circunstancias, los menores pueden dar su consentimiento para recibir tratamiento y hacer el pago o rechazar el tratamiento por sí mismos sin el permiso de sus padres, en cuyo caso solo el menor deberá firmar a continuación).²

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma	Fecha
--	-------	-------

Nombre del padre, la madre o el tutor del paciente (en letra de imprenta) (cuando sea necesario)	Firma	Fecha
---	-------	-------

Nombre de la persona autorizada por ley firmar en para nombre del paciente (en letra de imprenta) (cuando sea necesario)	Firma	Fecha
--	-------	-------

² Consulte [Cal. Fam. Code § 6929 \(West\)](#): (b) un menor de edad que tenga 12 años o más puede dar su consentimiento para la atención y el asesoramiento médicos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de un problema relacionado con el consumo de alcohol y drogas; (c) el plan de tratamiento de un menor de edad autorizado por esta sección debe incluir la participación del padre, la madre o el tutor del menor, si corresponde, según lo determinado por el profesional o centro que trata al menor.