

Nombre de Cliente: \_\_\_\_\_ Cliente # \_\_\_\_\_

SUDS



**Oficina de Santa Cruz**

1400 Emeline Avenue  
Santa Cruz, CA 95060  
Phone: (831) 454-4170  
Fax: (831) 454-4663

**Oficina de Watsonville**

1430 Freedom Blvd. Suite F  
Watsonville, CA 95076  
Phone: (831) 763-8200  
Fax: (831) 763-8231



**CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE USO DE SUSTANCIAS  
PARA EL INTERCAMBIO DE REGISTRO DE SALUD ELECTRÓNICO**

Los servicios de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz y los Proveedores de la Red utilizan un sistema de registro electrónico de salud (EHR) seguro y compartido llamado Avatar para almacenar su información médica protegida (PHI). La PHI que se almacena en el sistema EHR compartido incluye, entre otros, su información de identificación personal, información de pago, evaluaciones, planes de cuidado, notas de progreso, medicamentos y resultados de pruebas de drogas. Tener su PHI almacenada en el sistema EHR compartido le brinda muchos beneficios al permitirle a sus proveedores de atención un acceso más rápido a sus registros médicos y permitirles coordinar mejor su atención para garantizar el mejor tratamiento posible para usted. En caso de una emergencia o desastre, dar su consentimiento para que sus proveedores de tratamiento accedan a su PHI en el EHR compartido les permite a sus proveedores de atención brindarle un tratamiento más rápido, más efectivo y oportuno cuando más importa. Los servicios de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz y los Proveedores de la Red se comprometen a mantener la confidencialidad de todos los registros electrónicos almacenados en Avatar de acuerdo con las regulaciones de privacidad federales y estatales, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), 42 CFR Parte 2 y la Ley CARES. Solo los proveedores que participan directamente en su atención tienen autorización para acceder a su EHR para fines de tratamiento, coordinación del cuidado, pago u operaciones de atención médica.

**Lista Actual de Proveedores de Avatar**

Proveedores de Tratamiento de Salud Mental del Condado de Santa Cruz • Proveedores de Tratamiento de SUD del Condado de Santa Cruz • Proveedores de Tratamiento de Salud Mental de Encompass • Proveedores de Tratamiento de SUD de Recuperación Comunitaria de Encompass • Proveedores de Tratamiento de SUD de Janus of Santa Cruz • Proveedores de Tratamiento de Sobriety Works SUD • Proveedores de Tratamiento de New Life Community Center SUD • Proveedores de Tratamiento de Salud Mental del Centro Voluntario • Proveedores de Tratamiento de Salud Mental de Front Street • Prevención de Pajaro Valley y Asistencia Estudiantil Proveedores de Tratamiento de Salud Mental • Prevención de Pajaro Valley y Asistencia Estudiantil Proveedores de Tratamiento de Prevención de SUD • Haven of Hope Proveedores de Tratamiento de Salud Mental • Proveedores de Tratamiento de Salud Mental del Centro de Padres • Programa de Estabilización de Crisis de Teleasistencia • Proveedores de Servicios de Horizon

**Lista Actual de Compañeros de Coordinación del Cuidado**

• Vivienda para la Salud • Alianza para la Salud del Centro de California (CAAH - Plan de Seguro Medi-Cal) • CCAH Equipos de Manejo Mejorado del Cuidado (ECM) • Kaiser Plan de Seguro Medi-Cal • Centros de Atención Médica

**¿Cómo es Protegida mi Privacidad?**

Los servicios de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz y los Proveedores de la Red utilizan una combinación de medidas de seguridad para proteger su PHI. Las garantías técnicas incluyen

cifrado, protección con contraseña, y la capacidad de rastrear el uso del sistema por parte de cada espectador. Todos los proveedores participantes deben aceptar seguir las políticas escritas que controlan el acceso a la información a través del sistema EHR compartido. Los proveedores participantes deben seguir las regulaciones federales 42 CFR Parte 2, Ley CARES y HIPAA; además de las leyes de privacidad federales y estatales. Consulte nuestro Aviso de prácticas de privacidad que se le proporcionó para obtener más información.

### Sus Derechos de Consentimiento:

Tiene derecho a dar o negar su consentimiento para que se intercambie su PHI con los proveedores de la Red participantes en el sistema de EHR compartido. Si niega su consentimiento para intercambiar su PHI a través del sistema EHR compartido, no afectará su capacidad para obtener tratamiento o su elegibilidad para los beneficios. Cuando niega el consentimiento, su EHR será "secuestrada", lo que significa que su PHI se almacenará en el sistema de EHR, pero solo podrá verla la agencia donde actualmente recibe los servicios. Con la excepción de su nombre y apellido, nadie más en la Red podría buscar su EHR. Cuando se "secuestra", sus proveedores de tratamiento de diferentes programas no podrán ver ni compartir información entre ellos a través del sistema EHR compartido. Tener su EHR secuestrado afectará la capacidad de sus proveedores para acceder a la información de tratamiento más relevante sobre usted, lo que afectaría su capacidad para coordinar sus servicios de manera oportuna y brindarle la mejor calidad de atención.

Si da su consentimiento para que su PHI se intercambie a través del EHR compartido, tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento. Esta revocación debe hacerse por escrito. También tiene derecho a solicitar, por escrito, una lista de entidades a las que se les ha divulgado su información en los últimos dos años. El condado debe responder dentro de los 30 días a esta solicitud por escrito. Tiene derecho a recibir una copia de este formulario de consentimiento. Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre cómo se almacenará, utilizará o accederá a su información a través del sistema EHR compartido, puede comunicarse con *el Mejoramiento de la Calidad al 1-831-454-4468*. Envíe todas las solicitudes por escrito a: *Quality Improvement, 1400 Emeline Ave. 2nd Floor, Santa Cruz, CA 95060*

### Sus opciones de consentimiento (inicie solo una):

\_\_\_\_\_ **YO DOY CONSENTIMINETO** para todos los proveedores autorizados que forman parte de mi equipo de tratamiento dentro de los Servicios de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz y Proveedores de la Red incluidos para intercambiar mi (PHI) a través del sistema EHR compartido con fines de tratamiento, coordinación del cuidado, pago u operaciones de atención médica de acuerdo con HIPAA, CFR Parte 2 y las regulaciones de la Ley CARES.

\_\_\_\_\_ **YO NO DOY CONSENTIMINETO** para los Servicios de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz y los Proveedores de la Red incluidos para intercambiar mi (PHI) a través del sistema EHR compartido por cualquier motivo, a menos que la ley lo permita específicamente sin mi consentimiento. Entiendo que mi información aún se almacenará en el sistema EHR compartido, pero será secuestrada y no será accesible para ninguno de los otros proveedores de la red, excepto mi nombre y apellido.

**DURACION:** Este consentimiento es válido hasta el final del tratamiento a menos que se revoque por escrito.

_____	_____	_____	_____
Firma del Cliente	Fecha	Nombre impreso del cliente	Fecha
_____			_____
Firma de Padre/Tutor Legal o Representante Autorizado			Fecha
_____			_____
Nombre Impreso (Padre/Tutor Legal o Representante Autorizado)			Fecha