



Health Access and Care Coordination

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

The Health Access and Care Coordination Project (HACC) is a collaborative funded by CenCal to expand access to primary and behavioral health care through MediCal. Project team members share a database system, which stores information about the people being served through the collaborative. The database is administered by the HACC Project, in collaboration with the Housing Authority of the City of Santa Barbara.

Purpose of Consent: The purpose of the disclosure authorized herein is to: Improve access to health and social services for newly eligible MediCal members by allowing authorized staff at Partner Agencies to share basic client information. In addition, project partners may use and disclose health information to coordinate any and all requested health care and social services to ensure the continuity of your care and the quality of your services. By signing this form, you will consent to our use and disclosure of your protected health information to support health care entities with whom we collaborate to carry out referrals, coordination of care, treatment, insurance activities and healthcare operations.

Your participation in the project is important to our community's ability to improve access for you and provide you with the best services possible. Partner agencies may collect information about the services you receive, and the outcomes these services help you to achieve.

- Your name, gender, race, social security number, date of birth, MediCal identification number and other identifying information **will not be shared beyond local partner agencies.**
- Sensitive information such as diagnosis or treatment of mental health disorders, drug or alcohol disorders, HIV-AIDS, or domestic violence concerns, **will not be shared.**
- A list of Partner Agencies is available on request.
- Authorizing your information to be entered into the database is voluntary.
- Refusing to do so will not limit your access to shelter or services.
- Notice of privacy practices: You have the right to read our Notice of Privacy Practices before you decide whether or not to sign this consent.

I have had full opportunity to consider the contents of this consent form and your Notice of Privacy Practices. I understand that, by signing this consent form, I am giving my permission to the Health Access and Care Coordination project and authorized employees, contractors, and/or other representatives of authorized partner agencies to confidentially share my information to support my access to health care services.

Please initial

_____ I give authorization for my basic and relevant information to be entered into the database, and shared between Partner Agencies.

I understand that I may cancel this authorization at any time by written request. I understand that this release is valid until revoked.

Print Name of Client or Guardian

Signature of Client or Guardian

Date



Acceso a la Salud y Coordinación de Cuidado
AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN
CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

El Proyecto de Acceso a la Salud y Coordinación de Cuidado (HACC) es una colaboración financiada por CenCal para ampliar el acceso a cuidado de salud primario y de comportamiento a través del MediCal. Miembros del equipo del proyecto comparten un banco de datos, que almacena información sobre las personas actualmente atendidas a través del colaborativo. El banco de datos es administrado por el Proyecto HACC, en colaboración con Housing Authority de la Ciudad de Santa Bárbara.

Propósito del Consentimiento: El propósito de la revelación autorizada por medio de este documento es: Mejorar el acceso a servicios sociales y de salud para aquellos recién elegibles de recibir MediCal al permitir que personal autorizado por Agencias Asociadas pueda compartir información básica del cliente. Además, los socios del proyecto podrán utilizar y relevar información de salud para coordinar cualquier solicitud de atención médica y servicios sociales para garantizar la continuidad de su cuidado y la calidad de sus servicios. Al firmar este formulario, consiente que nuestro uso y relevación de su información protegida de salud para apoyar a entidades de salud con cuales colaboramos para llevar a cabo remisiones, coordinación de cuidado, tratamiento, actividades de seguros y la administración de cuidado de la salud.

Su participación en el proyecto es importante para la capacidad de nuestra comunidad, para mejorar el acceso para usted y ofrecerle el mejor servicio posible. Agencias asociadas pueden recopilar información sobre los servicios que recibe, y los resultados que estos servicios le ayudan a lograr.

- Su nombre, género, raza, número de seguro social, fecha de nacimiento, número de identificación médica y otra información de identificación **no será compartida más allá de con agencias asociadas.**
- Información confidencial como el diagnóstico o el tratamiento de trastornos de salud mental, enfermedades relacionadas con el alcohol o drogas, VIH-SIDA, o problemas de violencia doméstica, **no será compartida.**
- Una lista de agencias asociadas está disponible a petición.
- Es voluntario autorizar la información que sea ingresada en el banco de datos.
- Negarse a hacerlo no limitará su acceso a refugio o servicios.
- Aviso de Prácticas de Privacidad: Usted tiene el derecho a leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si quiere o no firmar este consentimiento.

He tenido la oportunidad de examinar el contenido de este Formulario de Consentimiento y el Aviso de Prácticas de Privacidad. Comprendo que al firmar este Formulario de Consentimiento, le estoy dando mi permiso al Proyecto de Acceso a la Salud y Coordinación de Cuidados y sus empleados autorizados, contratistas, y otros representantes autorizados de agencias asociadas en compartir confidencialmente mi información para apoyar mi acceso a servicios de salud.

Favor de marcar con Iniciales

_____ Autorizo para que mi información básica y relevante sea ingresada en el banco de datos y sea compartida entre agencias asociadas.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización a cualquier momento de manera escrita. Entiendo que este acuerdo es válido hasta que sea revocado.

Escriba el nombre del cliente o guardián

Firma del cliente o guardián

Fecha