



## Consentimiento para usar y compartir datos de LA County CareConnect



El Condado de Los Ángeles (“Condado”) opera la plataforma LA County CareConnect (“CareConnect”), a través del Departamento de Justicia, Cuidados y Oportunidades (“JCOD”). CareConnect es una plataforma basada en la web que permite al personal del programa y a los prestadores de servicios conectar a las personas con los servicios que necesitan. Las organizaciones y las agencias del Condado utilizan CareConnect para derivar a las personas a los prestadores de servicios adecuados.

Al usar CareConnect, los coordinadores pueden realizar una evaluación básica para identificar las necesidades y recopilar información, buscar prestadores que puedan satisfacer sus necesidades y ver su disponibilidad, y enviar derivaciones en su nombre para conectarlo con los servicios que necesita. CareConnect comparte su información entre los programas del condado, sus socios y otras organizaciones para conectarlo con los servicios que necesita.

Los programas del condado son aquellos que le prestan servicios u obtienen beneficios para usted a través de los departamentos del condado. Muchos tipos de organizaciones participan en CareConnect, algunas como socias de los programas del condado y otras como agencias independientes, para prestar o coordinar servicios para usted relacionados con:

- Gestión de casos
- Vivienda
- Servicios para satisfacer necesidades básicas, como alimentación o vestimenta
- Salud mental y trastornos por consumo de sustancias
- Salud física
- Ayuda legal
- Servicios sociales
- Empleo, capacitación y educación

Para ver una lista de las organizaciones y agencias que participan en CareConnect, consulte [careconnect.lacounty.gov/connected-providers](http://careconnect.lacounty.gov/connected-providers) o envíe un correo electrónico a [careconnect@jcod.lacounty.gov](mailto:careconnect@jcod.lacounty.gov) para solicitar una lista.

Es posible que estos programas del condado, socios y organizaciones necesiten compartir su información personal proporcionada por usted, su información de salud o del servicio social para:

- Identificar los servicios para los cuales puede ser elegible
- Identificar los servicios que puede necesitar
- Identificar los servicios disponibles en un lugar que le resulte fácil llegar
- Hacer derivaciones a prestadores de servicios en su nombre
- Comunicarse con los prestadores de servicios para facilitarle el acceso a los servicios que necesita
- Llevar a cabo actividades de mejora de la calidad, presentación de informes y evaluación

Los coordinadores y los prestadores que lo han registrado en CareConnect, que han recibido derivaciones para atenderlo o que ya le prestan servicios podrán ver esa información compartida para poder brindarle servicios. Esta información incluye:

- Su nombre y apellido, su fecha de nacimiento, su información de contacto y los datos demográficos que proporcione a CareConnect al registrarse.
- Información relacionada con la derivación. Esto incluye información de la justicia penal sobre usted para las derivaciones ordenadas por un tribunal, como el número de procesamiento y



## Consentimiento para usar y compartir datos de LA County CareConnect



el número de caso, e información relevante presentada por usted.

- Los resultados de búsqueda de servicios de sus evaluaciones actuales y pasadas.
- La información de derivación en las derivaciones a servicios *realizadas a través de CareConnect*. Esto incluye la fecha y el tipo de servicio (como servicios de vivienda o servicios de salud).

Al estampar mi firma autorizo a mis prestadores, coordinadores de cuidados, navegadores de servicios y programas del condado y sus socios, actuales, pasados y futuros, que participen en CareConnect, a divulgar y recibir mi información personal que yo he proporcionado, mi información de salud o mi información del servicio social, y la información de la derivación para los propósitos descritos anteriormente.

Entiendo que:

- Este consentimiento tendrá validez por un (1) año o hasta que se hayan cerrado todas las derivaciones, lo que suceda más tarde, luego de lo cual se me pedirá que renueve mi autorización la próxima vez que interactúe con un miembro del personal que utilice CareConnect para conectarme con los servicios que necesite.
- Tengo derecho a cancelar este consentimiento en cualquier momento. Para hacerlo, puedo ponerme en contacto con un miembro del personal que participe en mi atención o con [careconnect@jcod.lacounty.gov](mailto:careconnect@jcod.lacounty.gov). Para cancelar esta autorización por escrito, puede utilizar la solicitud en la parte inferior de este formulario o la solicitud disponible en la página web de CareConnect. Si retiro mi consentimiento, no se compartirá ningún tipo de información personal a partir de ese día. No se puede recuperar cualquier información personal compartida con anterioridad.
- Al proporcionar mi número de celular, acepto recibir mensajes de texto de CareConnect relacionados con el uso de los servicios de CareConnect. Estos mensajes pueden incluir actualizaciones, recordatorios y otras comunicaciones relevantes. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos a cada mensaje de texto enviado o recibido, según los términos de mi proveedor de servicios. Puedo cancelar el servicio de SMS en cualquier momento al responder con la palabra "STOP" (DETENER) a un mensaje de CareConnect.
- Si no autorizo a CareConnect a acceder y compartir mis datos, puedo seguir recibiendo servicios otros servicios que me correspondan al utilizar la versión pública de CareConnect para enviar solicitudes de servicios a los prestadores conectados. Sin embargo, no podré acceder a los servicios a través de CareConnect y necesitaré una derivación a los servicios por otro método.
- Tengo derecho a:
  - Inspeccionar u obtener una copia de mi información de salud y servicios sociales compartida en virtud de este consentimiento.
  - Negarme a firmar este consentimiento.
  - Recibir una copia de este consentimiento.



Consentimiento para usar y compartir datos de LA County CareConnect



He leído, o se me ha leído, y comprendo este consentimiento. Acepto que se utilice y se comparta mi información como se describe más arriba.

---

Nombre del cliente

---

Fecha de nacimiento del cliente

---

Firma del cliente

---

Fecha



Consentimiento para usar y compartir datos de LA County CareConnect



Certifico que he proporcionado y explicado este consentimiento a la persona cuya firma figura arriba antes de que haya estampado su firma.

---

Firma del miembro del personal

---

Fecha



## Consentimiento para usar y compartir datos de LA County CareConnect



Revoco el consentimiento otorgado a JCOD a partir de \_\_\_\_\_ (FECHA).  
Esta revocación no afecta ninguna divulgación de información realizada con anterioridad.  
Esta revocación no cambia la información que se puede compartir conforme a las leyes estatales o federales.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha