

CONDADO DE SAN BERNARDINO
AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PROTEGIDA DE LA SALUD (PHI) ENTRE AGENCIAS QUE TRABAJAN CON EL NIÑO(A)

Nombre del Niño(a) _____ No. De Expediente _____
No. De Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Yo autorizo al grupo multidisciplinario para intercambiar información confidencial del niño(a) arriba mencionado con los siguientes miembros para desarrollar e implementar un plan de servicio.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Asistencia Alternativa (TAD) | <input type="checkbox"/> Oficina de Alcohol y Drogas |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Empleo de TAD | <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Publica |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios al Menor | <input type="checkbox"/> Agencia Jurídica |
| <input type="checkbox"/> La Unidad de Libertad Condicional (Probation) | <input type="checkbox"/> Centro Regional del Inland Empire (IRC) |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Director del Distrito Escolar de SB | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Esta autorización se limita al siguiente tipo de información que aquí se especifica:

- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento con la excepción de que el proceso haya sido iniciado. También entiendo que la anulación debe ser dirigida por escrito al encargado del grupo de Salud Mental.
- Esta Autorización se vencerá en (fecha) ____/____/____ A menos que se cancele antes de esa fecha.
- Entiendo que tengo derecho de negarme a firmar, o a limitar el alcance de esta autorización. He leído cuidadosamente esta autorización y he recibido respuesta a mis preguntas.
- Entiendo que es posible que la información revelada por esta autorización puede ser revelada de nuevo por el individuo que la solicita, y en ese caso puede perder la protección de la ley de confidencialidad Federal (HIPAA. **Para el programa de Abuso de Alcohol y Drogas (PHI) véase la nota de abajo.**

Fecha: ____/____/____ Testigo: _____
Firma: _____ Nombre del Padre o Madre: _____
Agencia: _____

Nota: Los Padres de familia deben poseer la custodia legal. Guardián o representante autorizado debe mostrar comprobante.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CLIENTE

El Médico, Psicólogo o Clínico Terapeuta encargado del paciente debe firmar si su aprobación es requerida bajo la ley de Lanterman-Petris-Short Act (California W&I Code Section 5328)

Nota: La información que ha sido revelada esta protegida por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2) Las reglas federales prohíben que esta información sea revelada a otras personas en el futuro, al menos haya permiso explícito por escrito de la persona a la cual la información le pertenece o de otra forma permitido por 42 CFR Part 2. Una autorización general para revelar información medica u otro tipo de información no es suficiente para este propósito. Las reglas federales prohíben estrictamente cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o procesos legales de los pacientes con problemas de alcohol y drogas.