

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)  
Tratamiento de salud mental y trastornos por uso de sustancias**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Mes/Día/Año)

Domicilio del cliente: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ XXX / XX / \_\_\_\_\_ (solo los últimos 4 dígitos)

\_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

**Al completar este documento usted autoriza la divulgación y el uso de su información médica. El no proporcionar toda la información solicitada, podría causar que esta autorización se considere inválida.**

**USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

**Autorizo a:** \_\_\_\_\_ **para que divulgue a:** \_\_\_\_\_  
(Nombre de la entidad/Proveedor/Otro)

**Nombre (A quién):** \_\_\_\_\_  
(Persona/Organización que da el tratamiento o Tercero responsable de los pagos o Proveedor que no da el tratamiento)

**A:**  
(Solo para SUD) \_\_\_\_\_  
(Completar solo si es una entidad proveedora que no da el tratamiento/la entidad no es un tercero responsable de los pagos)

Marque si es una "designación general" si usted está solicitando que un intermediario facilite el intercambio de la información médica que permite que una entidad que no da tratamiento obtenga la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) para después divulgarla a múltiples entidades que proporcionan tratamiento indicadas en la sección "A:". Para cualquier divulgación futura, la entidad que no da tratamiento deberá mantener una lista de las divulgaciones que haga a través de la designación general.

**Dirección:** Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

**Número telefónico:** ( ) \_\_\_\_\_ **Número de fax:** ( ) \_\_\_\_\_

a. Yo específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información (marque el casillero apropiado)

- Información sobre tratamiento de **Salud Mental** \_\_\_\_\_ (iniciales del cliente o representante legal)
- Información sobre tratamiento de **trastorno por uso de sustancias (SUD, por sus siglas en inglés)** \_\_\_\_\_ (iniciales del cliente o representante legal)

b. Yo autorizo la divulgación de:

Toda la información médica relacionada con mi historial médico, condición de salud mental y tratamiento de trastorno por uso de sustancias que he recibido (debe ir acompañada de un identificador adicional); de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ **O,**

- Solamente los siguientes expedientes o tipos de información médica; de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- Evaluación     Plan del cliente     Carta de resumen     Asistencia     Notas de tratamiento
- Resumen de alta del paciente     Diagnóstico     Medicación     Otro \_\_\_\_\_

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)  
Tratamiento de salud mental y trastornos por uso de sustancias**

c. Si se está divulgando información del tratamiento por **SUD**, de las siguientes opciones seleccione el receptor:

- Individual (*nombre del receptor previsto*)
- Entidad que proporcionará el tratamiento (*nombre de la entidad que tiene una "relación de proveedor del tratamiento"*)
- Tercero a cargo de pagos (*nombre de la entidad no proveedora del tratamiento, sino un tercero responsable de los pagos*)
- Entidad proveedora que no da tratamiento (*nombre de la entidad que no tiene relación de proveedora de tratamiento y que no es un tercero responsable de los pagos*)

**Nota:** Si selecciona "Entidad proveedora que no da tratamiento", también deberá incluir uno de los siguientes identificadores adicionales en la línea "A." arriba: 1) nombre del(los) participante(s) individual(es); 2) nombre de los proveedores del tratamiento participantes o entidades que tienen una relación de proveedor del tratamiento, en el cual "*designación general*" fue seleccionada, y la entidad proveedora que no da tratamiento en la sección "A quién" estará guardando la PHI para facilitar un intercambio entre los proveedores del tratamiento después de la divulgación inicial.

**PROPÓSITO**

Propósito del uso o divulgación de la información solicitada:  petición del cliente;  otro (*indicar el propósito*):

Proporcione alguna limitación, si la hay:

**VENCIMIENTO (SALUD MENTAL)**

Esta Autorización vence el [*escriba la fecha exacta*]: \_\_\_\_\_

**Nota:** Las leyes de California requieren que usted ponga una fecha exacta; de otra manera, DBH no podrá procesar esta Autorización.

**REVOCACIÓN (SALUD MENTAL)**

Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito presentando mi solicitud de revocación a la entidad de atención médica que yo autorice para divulgar mi información médica. Si revoco esta Autorización, debo enviarla a la siguiente dirección:

(*Escriba la dirección de la clínica del DBH autorizada para divulgar o utilizar la información médica del cliente*)

Mi cancelación de esta Autorización entrará en vigor tras la recepción por DBH y no se divulgará más información en base a la cancelación. Comprendo que DBH puede no ser capaz de recuperar información que ya haya sido divulgada antes de la revocación.

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)**

**Tratamiento de salud mental y trastornos por uso de sustancias**

**VENCIMIENTO (SUD)**

A menos que revoque mi consentimiento indicando una fecha anterior, este consentimiento vencerá automáticamente de la manera siguiente:

---

*(Describa la fecha, evento o condición según el cual vencerá el consentimiento, cuya fecha no será después de lo razonablemente necesario para el propósito de este consentimiento)*

**REVOCACIÓN (SUD)**

Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito presentando mi solicitud de revocación a la entidad de atención médica que yo autorice para divulgar mi información médica. Si revoco esta autorización, debo enviarla a la dirección siguiente:

---

*(Escriba la dirección de la clínica del DBH autorizada para divulgar o utilizar la información médica del cliente)*

Mi cancelación de esta Autorización entrará en vigor tras la recepción por el DBH y no se divulgará más información en base a la cancelación. Comprendo que DBH puede no ser capaz de recuperar información que ya haya sido divulgada antes de la revocación.

**MIS DERECHOS (SALUD MENTAL)**

- Puedo rehusarme a firmar esta Autorización. Esto no afectará mi capacidad de recibir tratamiento, pagos o mi elegibilidad para beneficios.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Hasta donde lo permita la ley, puedo revisar u obtener una copia de la información médica que se me pide autorizar para divulgación.
- Comprendo que la información médica autorizada por esta divulgación puede volver a ser divulgada por la persona o entidad que yo designe para recibir la información. Comprendo que DBH no puede impedir que mi información anteriormente divulgada por medio de esta autorización sea divulgada por la persona que lo recibió.
- Comprendo que en algunos casos las leyes de California no prohíben volver a divulgar mi información y que mi información podría no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA, por sus siglas en inglés). Sin embargo, comprendo que las leyes de California prohíben a la persona o entidad que recibe mi información médica hacer otra divulgación a menos que obtenga nueva autorización de mi parte o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

**MIS DERECHOS (SUD)**

- Comprendo que mis expedientes de trastorno por el uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la Confidencialidad de los Registros de Pacientes de Trastornos por el Uso de Sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Secciones 160 y 164, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento escrito, a menos que así lo estipulen las regulaciones.
- Comprendo que es posible que se me niegue el servicio si me rehúso a dar mi consentimiento para la divulgación con el propósito de tratamiento, pagos u operaciones relacionadas con la atención médica, si así lo permite la ley del Estado.
- No se me negarán los servicios si me rehúso a dar mi consentimiento para otros propósitos.
- Comprendo que si se utiliza la opción de designación general en esta Autorización, se me deberá proporcionar una lista de las entidades a las que se divulgue mi información de conformidad con la designación general (la lista de divulgaciones) bajo mi petición.
- Se me ha proporcionado una copia de este formulario.

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)  
Tratamiento de salud mental y trastornos por uso de sustancias**

- Si la opción “designación general” aparece marcada para permitir que todos mis proveedores de tratamiento reciban la información especificada, comprendo que tengo derecho a obtener una lista de las divulgaciones al solicitarla por escrito (dentro de dos años a partir de la divulgación) a los treinta (30) días de la fecha en que se haya recibido mi solicitud por escrito; la lista de divulgaciones deberá contener el nombre de la entidad a la que se le divulgó la información, la fecha en la que se divulgó y una breve descripción de la información de identificación divulgada.

**FIRMA**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  am  pm

Firma: \_\_\_\_\_  
*(El cliente del DBH debe firmar, incluyendo los menores de 12 años y mayores, si tienen capacidad legal y mental)*

Firma: \_\_\_\_\_  
*(El representante legal del cliente o padre/tutor de menores que no tengan capacidad de otorgar su consentimiento)*

Si esta autorización es firmada por alguien que no sea el cliente, indique su nombre y relación legal con el cliente:

\_\_\_\_\_  
*(Nombre y relación con el cliente)*

**CONDADO DE SAN BERNARDINO DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL  
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI)  
Tratamiento de salud mental y trastornos por uso de sustancias**

**AVISO SOBRE LA PROHIBICIÓN DE VOLVER A DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL TRASTORNO  
POR EL USO DE SUSTANCIAS (SUD, por sus siglas en inglés)**

(Este formulario se deberá proporcionar a todas las personas y/o entidades a las que se proporcione información de tratamiento por SUD)

Esta información proporcionada a usted proviene de registros protegidos por las normas de confidencialidad contempladas en el Código de Reglamentos Federales (42 CFR Parte 2). Los reglamentos federales prohíben que usted vuelva a divulgar la información que aparece en este registro que identifique a un paciente que tenga o haya tenido algún trastorno por el uso de sustancias, ya sea de manera directa, al hacer referencia a información disponible públicamente, o a través de la verificación de dicha información por otra persona, a menos que dicha divulgación sea autorizada expresamente por escrito por la persona cuya información está siendo divulgada, o según lo permita el 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito (consultar la sección §2.31). Los reglamentos federales restringen el uso de la información para la investigación o persecución por un delito cometido por pacientes con trastornos por el uso de sustancias, excepto lo previsto en las secciones §2.12 (c)(5) y 2.65.



## LANGUAGE TAGLINES

### English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### Tagalog (Tagalog–Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. [1-888-743-1478] (TTY: [711])번으로 전화해 주십시오.

### 繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 [1-888-743-1478] (TTY: [711])。

### Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք [1-888-743-1478] (TTY (հեռատիպ) [711]):

### Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните [1-888-743-1478] (телетайп: [711]).

### فارسی (Farsi)

به صورت زبانی توسط یلات ک نید، می گ ف تگو فارسی زبان به اگر: توجه  
شما به رای رایگان  
به گیرید تماس [1-888-743-1478] (TTY: [711]) به باشد می فراهم

### 日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。[1-888-743-1478] (TTY: [711]) まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmoob (Hmong)** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿ ਰੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### العربية (Arabic)

[1-888-743-1478] بر رقم اتصالات مجاني لتوافر المساعدة لخدمة فإب اللغة، اذكرت تحدثت إذا بملاحظة (711) .والا بكم ال صم هتة فرقم)

**हिंदी (Hindi)** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) पर कॉल करें।

### ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร [1-888-743-1478] (TTY: [711]).

### ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ [1-888-743-1478] (TTY: [711])។

### ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ [1-888-743-1478] (TTY: [711]).