

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

Nombre del cliente:	_____	Fecha de nacimiento:	____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año)
Domicilio del cliente:	_____	Número de seguro social:	XXX / XX / ____ (solo los últimos cuatro 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: _____
(Persona/Organización autorizada para recibir la información médica)

Domicilio: _____

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 algún tratamiento de salud mental _____ (iniciales del cliente o representante legal)
- Información sobre algún tratamiento de alcohol/drogas _____ (iniciales del cliente o representante legal)

b. Yo autorizo la divulgación de:

- Toda mi información médica relacionada con mi historial médico, mi condición de salud mental y el tratamiento que he recibido; de _____ a _____ **O**
- Solamente los siguientes expedientes o tipos de información médica; de _____ a _____
 - Evaluación Plan del cliente Carta de resumen Lista de asistencia Notas de tratamiento Resumen de despido Diagnóstico Medicamento
 - Otro _____

PROPÓSITO

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

Proporcione alguna limitación, si la hay: _____

VENCIMIENTO

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

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

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

(Ponga la dirección de la clínica DBH autorizada a 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 el DBH puede no ser capaz de recuperar cualquier información que ya ha sido divulgada antes de la revocación.

MIS DERECHOS

- Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Esto no afectará mi capacidad de recibir tratamiento, pago o elegibilidad de beneficios.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Yo podría examinar u obtener una copia de mi información médica, sobre la cual otorgo mi permiso para que sea divulgada hasta donde me lo permita la ley.
- 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 el 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/estatales (HIPAA). 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 otra autorización de mi parte o a menos que tal divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am pm

Firma: _____
(El cliente del DBH debe firmar, incluyendo 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)

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

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

SOLAMENTE PARA EL USO DE LOS EMPLEADOS CLÍNICOS DEL DBH

He evaluado a este menor de 12-17 años de edad y he determinado que él/ ella tiene/ no tiene la capacidad de autorizar la divulgación de su información médica protegida.

Firma del empleado
autorizado del DBH

Nombre en letra de imprenta

Fecha