

Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)
PARA UN VALE DE NECESIDAD INMEDIATA

Nombre del Cliente: _____ Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ (Mes/Día/Año) Seguro Social: <u>XXX</u> - <u>XX</u> - _____ (sólo últimos 4 dígitos)
---	---

Al completar este documento está autorizando que se divulgue, revele, y/o utilice la información de salud de usted. La falta de proveer toda la información requerida podría invalidar esta Autorización.

USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN DE LA SALUD

Por este medio autorizo al Departamento de Salud Mental a divulgar a:
(Nombre de la Entidad/Proveedor/Otro)

(1) Nombre: Human Services Administration
Domicilio: 150 South Lena Road, San Bernardino, CA 92415-0515
Número de Teléfono/Fax 909-388-0278 teléfono / 909-388-0233 fax

Y

(2) Nombre: Children's Fund
Domicilio: 825 E Hospitality Lane, Second Floor, San Bernardino, CA 92415-0132
Número de Teléfono/Fax 909-387-4949 teléfono / 909-383-9755 fax

Y

(3) Nombre: Human Services Auditing Division
Domicilio: 825 E. Hospitality Lane, First Floor, San Bernardino, CA 92415-0132
Número de Teléfono/Fax 909-383-9600 teléfono / 909-383-9610 fax

La siguiente información:

- A. Información protegida de salud y/o información que identifique personalmente al menor o joven en edad de transición tales como nombre, domicilio, número de teléfono, fecha de nacimiento, género, grupo étnico, número de identificación de DBH y nombre de los padres/tutor relacionado con un vale recibido de necesidad inmediata.

PROPÓSITO

Propósito del uso o divulgación solicitada: solicitud del paciente; **U** otro:

La información debe darse con el propósito de rastrear y auditar los vales de necesidad inmediata.

A las Agencias que Reciban Esta Información: Esta información está protegida por las leyes estatales y federales y no debe ser entregada a otros que no estén incluidos en esta Autorización sin una nueva Autorización por parte del cliente, a no ser que por otro lado sea autorizado por ley. Si usted ha recibido una evaluación de alcohol y/o drogas, tratamiento o información del programa de referencia, lo que está a continuación aplica en su caso: **Esta información ha sido revelada a usted de los registros protegidos**

Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)
PARA UN VALE DE NECESIDAD INMEDIATA

por las leyes/normas Federales de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). Las reglas Federales le prohíben a usted hacer algún/cualquier divulgación/revelación de esta información a no ser que sea permitido expresamente/específicamente mediante consentimiento escrito de la persona firmante de esta Autorización o como lo permitan las leyes/normas Federales (42 CFR, Parte 2). Una Autorización general de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes/reglas Federales restringen cualquier uso de la información para investigar penalmente o enjuiciar a cualquier paciente que abuse de alcohol o drogas.

VENCIMIENTO

Esta Autorización se vence [escriba la fecha]: _____

Nota: La ley de California requiere que usted escriba una fecha específica. Si una fecha específica no se ha completado, DBH no puede procesar su solicitud como se indica en esta autorización.

MIS DERECHOS

- Yo me puedo negar a firmar esta Autorización. Eso no afectará mi capacidad para obtener tratamiento pero sí afectará mi capacidad de recibir un vale.
- Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización.
- Hasta donde lo permite la ley, puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud de la que se me está pidiendo que permita su uso o revelación.
- Yo puedo anular esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentarla al domicilio a continuación: _____

Mi revocación entrará en vigor al ser recibida, salvo hasta donde otros hayan actuado basándose en la Autorización original y ya hayan completado la revelación de la información. A no ser que se indique, ninguna otra información será revelada a partir de la fecha de la revocación.

La información revelada por la presente Autorización, podría ser divulgada nuevamente por quien la reciba y esta re-divulgación, en algunos casos, podría no estar protegida por las leyes de California o por las leyes federales de confidencialidad (HIPPA).

FIRMA

Fecha: _____ Hora: _____ am pm

Firma: _____
(Cliente / Representante Legal)

Si lo firma una persona distinta al cliente, dé su nombre y parentesco legal con el cliente:

Nombre: _____

Parentesco: _____