



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACION MEDICA PROTEGIDA (PHI)

Nombre del Cliente:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio del Cliente: _____

Últimos 4 dígitos
de Seguro Social

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.

I. AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA

(A) Autorizo a:

(Nombre de la entidad/Proveedor/Otro)

(B) Para que divulgue a: (Proporcione el nombre del individuo(s) o entidad(es) en la siguiente sección y especifique su relación respondiendo a las preguntas i y ii)**Nombre de individuo(s) o Entidad(es):**

AUTORIZACIÓN DE DOS VÍAS

 Marcar la casilla autoriza el intercambio bidireccional de su PHI entre las partes identificadas en las Secciones I (A) y I (B) de esta Autorización.

II. DIRECCIÓN DE CORREO PARA REGISTROS (SALUD MENTAL Y SUD)

Nota: Complete esta sección solo si los registros se enviarán por correo / fax a la parte receptora.

(A) Nombre del destinatario_____
Dirección _____

Ciudad, Estado,

Código postal _____

Número de teléfono () _____

Número de fax () _____

III. PROPÓSITO (SALUD MENTAL Y SUD)

Propósito del uso o divulgación de la información solicitada:

petición del cliente; otro (*indicar el propósito*):

Proporcione alguna limitación, si la hay:

IV. Salud Mental

(A) Yo específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información

(iniciales del cliente o representante legal)

(B) Yo autorizo la divulgación de:

- (i) Toda la información médica relacionada con mi historial médico, condición de salud mental y tratamiento de trastorno por uso de sustancias que he recibido

De (fecha) _____ a _____

(ii) Solamente los siguientes expedientes o tipos de información médica

De (fecha) _____ a _____

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluación | <input type="checkbox"/> Asistencia | <input type="checkbox"/> Plan del cliente |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico | <input type="checkbox"/> Resumen de alta del paciente | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Medicación | <input type="checkbox"/> Autorización Psicológica | <input type="checkbox"/> Carta de resumen |
| <input type="checkbox"/> Notas de tratamiento | <input type="checkbox"/> Información sobre salud reproductiva (p. ej., estado de embarazo, encuesta de salud de la mujer) | |

Otro _____

V. VENCIMIENTO (SALUD MENTAL)

Esta Autorización se 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.

VI. 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 autoricé para divulgar mi información médica. Si revoco esta Autorización, debo enviarla a la siguiente dirección:

(I) Nombre de la

Instalación / _____

Proveedor / Otro _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, _____

Código postal _____

Número de fax _____

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.

VII. 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

VIII. Específico a TRASTORNO POR EL USO DE SUSTANCIAS (SUD)

- (A) Yo específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información
Información sobre el tratamiento SUD

(iniciales del cliente o representante legal)

De (fecha)	a	
<input type="checkbox"/> Evaluación	<input type="checkbox"/> Asistencia	<input type="checkbox"/> Plan del cliente
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Resumen de alta del paciente	<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio
<input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/> Incluir Medicación SUD	<input type="checkbox"/> Autorización Psicológica	<input type="checkbox"/> Carta de resumen
<input type="checkbox"/> Notas de consultoría (se requiere autorización por separado)	<input type="checkbox"/> Todas las reclamaciones de SUD y datos de encuentros	<input type="checkbox"/> Procedimientos legales (se requiere autorización por separado)
<input type="checkbox"/> Información sobre salud reproductiva (p. ej., estado de embarazo, encuesta de salud de la mujer)	<input type="checkbox"/> Tratamiento, pago y operaciones (Treatment, Payment and Operations, TPO)	<input type="checkbox"/> Otro _____

Nota: Una copia de esta autorización debe acompañar cualquier solicitud de registros; los requisitos de una divulgación nueva se ajustarán según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

- (B) **Si la entidad(es) nombradas en la Sección (I) facilitan el intercambio de información de salud (HIE) o es una institución de investigación, debe marcar y completar la información **para una de las casillas** a continuación (requerido solo para divulgaciones de información de SUD)**

- (i) **Nombre del participante individual**

(por ejemplo: John Smith)

- (ii) **Designación general de individuo o entidad o clase de participantes con una relación de proveedor tratante**

(por ejemplo: Mi equipo de tratamiento en el Intercambio de Información Médica del Inland Empire (HIE))

IX. 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

X. 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 autoricé para divulgar mi información médica. Si revoco esta autorización, debo enviarla a la dirección siguiente:

(A) Nombre del _____
 Programa/Institución/Otro _____
 Dirección _____

Ciudad, Estado, Código postal _____
Número de teléfono _____ Número de fax _____

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.

Nota: Si una Autorización de SUD se revoca verbalmente, la revocación se documentará inmediatamente en el registro médico del cliente. Siempre que se revoque verbalmente una Autorización, se hará un esfuerzo para obtener la revocación por escrito.

XI. 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.
- Se me ha proporcionado una copia de este formulario.
- 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.
- 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.

XII. AVISO QUE PROHIBE LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2, prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

Nota: Este formulario debe entregarse a todas las personas y / o entidades a las que se les proporcione información sobre el tratamiento de SUD.

XII. FIRMA (SALUD MENTAL Y SUD)

Fecha: _____ Hora: _____ a.m. p.m.

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 parente/tutor de menores que no tengan capacidad de otorgar su consentimiento)

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

LANGUAGE TAGLINES

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-743-1478 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-743-1478 (TTY: 711). These services are free of charge.

(Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-743-1478 (TTY: 711). توفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برييل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-743-1478 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՆԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរសមារាលជាអក្សរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាការណ៍ របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ដនពិការ ផ្តល់ជាផកសារសរសោរជាមក្សរជុំស សម្រាប់ដនពិការត្រូវ បូងកសារសរសោរជាមក្សរពុំដំឡើង ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគឺជាអ្នកឈ្មោះ។

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-743-1478 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-743-1478 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-743-1478 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-743-1478 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می شوند.

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqee Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-743-1478 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ລາວ ໄກສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕົ້ງຈ່າການຄວາມຂ່າຍເຫຼືອໃນພາກສາຂອງທ່ານໃຫ້ໄທທ່ານເປີ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຂ່າຍເຫຼືອແກ່ການບໍລິການສໍາວັບລົມຜິການ
ເຈັ້ນໂຮກກະໜານທີ່ເປັນອັກກອອນບູນແກ່ມີຕົມມີຫຍຸ້ງ ໃຫ້ໄທທ່ານເປີ
1-888-743-1478 (TTY: 711). ການບໍລິການຫຼື້ານີ້ບໍ່ຕ້ອງແນຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໄດ້.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-743-1478 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-743-1478 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ਅਧਾਰਤ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਥੋੜ੍ਹੇ ਅਤੇ ਮੌਤੀ ਫ਼ਾਸ਼ੀ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-743-1478 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-743-1478 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.