



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 () _____

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 autorice 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 tratamiento | <input type="checkbox"/> Todas las
reclamaciones de SUD
y datos de encuentros | <input type="checkbox"/> Otro: _____

_____ |

- (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:

_____ Describe 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 autorice 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 padre/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:



English

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

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request.

Call 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

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)

ՈՒՇԱԴԴՆՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԷՆ Եթե խոսում եք հայերեն, սպա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք [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)

شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات کنید، می گفتگو فارسی زبان به اگر توجه بگیرد تماس (TTY: [711]) [1-888-743-1478] با 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 ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। [1-888-743-1478] (TTY: [711]) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

[1-888-743-1478] برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة ([711] .: والبكم الصم هاتف رقم)

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

ພາສາລາວ (Lao)

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