



MONTEREY COUNTY BEHAVIORAL HEALTH

Autorización para la Divulgación de Información Confidencial de Salud DENTRO del Sistema de Salud Mental del Condado de Monterey y servicios del tratamiento de abuso de sustancias

Completar este documento autoriza expresamente la divulgación de información confidencial de salud sobre usted.

1. (a) **Nombre de Persona bajo Cuidado:** _____

(b) **Fecha de Nacimiento de Persona bajo Cuidado:** _____

2. **Los nombres específicos o las designaciones generales del(los) programa(s) conforme a la Parte 2, entidad(es) o individuo(s) autorizados para divulgar la información identificada en esta autorización:** (“Part 2 Program,” por sus siglas en inglés):

Departamento de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias del Condado de Monterey (Monterey County Behavioral Health) y programas de tratamiento de abuso de sustancias (SUD programs): Community Human Services, Valley Health Associates, Door to Hope, Sun Street Centers

3. **La siguiente información puede ser revelada.** (Por favor, marque las casillas a continuación o identifique explícitamente la cantidad y el tipo de información sobre el trastorno por uso de sustancias cuya divulgación usted está autorizando.)

Información sobre el tratamiento de salud mental¹ _____ (iniciales de persona bajo cuidado)

Resultados de la prueba de VIH _____ (iniciales de persona bajo cuidado)

La siguiente información sobre el trastorno por uso de sustancias _____ (iniciales de persona bajo cuidado) (Por favor explícitamente identifique la cantidad y el tipo de información tratamiento de abuso de sustancias que autoriza divulgación):

Información sobre el tratamiento de salud física _____ (iniciales de persona bajo cuidado)

4. La información identificada en esta autorización puede ser divulgada a la(s) siguiente(s) persona(s) o entidad(s) nombrada(s): Departamento de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias del Condado de Monterey (Monterey County Behavioral Health) y programas de tratamiento de abuso de sustancias (SUD programs): Community Human Services, Valley Health Associates, Door to Hope, Sun Street Centers;

5. La información identificada en esta autorización puede ser divulgada para el(los) siguiente(s) propósito(s) (por favor, identifique explícitamente el(los) propósito(s) para los cuales está autorizando la divulgación): evaluación, diagnóstico, tratamiento, coordinación de servicios, plan de alta, y referencia

6. Por la presente, confirmo que entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el Programa de la Parte 2 o cualquier titular legítimo ya haya actuado confiando en ella. Actuar en base a la autorización incluye la prestación de servicios de tratamiento basados en una autorización válida para divulgar información a un pagador tercero. _____ (Iniciales de persona bajo cuidado)

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito. Mi revocación entrará en vigor al momento de su recepción, excepto en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta autorización.

7. Esta autorización **expirará**, si no revocada antes, 365-días después que termine mi tratamiento o en la siguiente fecha, evento o condición:

8. Derechos y Advertencias de la Persona en Cuidado:

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi rechazo podría afectar mi capacidad para obtener servicios bajo este programa específico, pero se realizarán esfuerzos para ofrecer servicios bajo otros programas.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que autorizó la divulgación.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y se me ofrecerá una copia.

- Algunos de los datos divulgados conforme a esta autorización podrían ser nuevamente divulgados por el destinatario. Tal re-divulgación, en algunos casos, no está prohibida por la ley de California o la ley federal (por ejemplo, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud - HIPAA).
- La información sobre trastornos por uso de sustancias no puede ser divulgada nuevamente a menos que se obtenga otra autorización de mi parte para dicha divulgación, o a menos que la ley lo exija o lo permita específicamente, o que esté permitida por esta autorización.

Firma de persona bajo cuidado: _____

Fecha: _____ Hora: _____ am/pm

Imprima su Nombre: _____

Si firmado por una persona distinta del paciente, indicar relación:

padre o tutor legal del menor curador(a)

otros: _____

Copia de esta autorización fue aceptada por el individuo o su representante **Yes** **No**

Indicar la razón por cual no fue aceptada _____

¹ Se requiere una autorización separada para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, según lo establecido en las regulaciones federales que implementan la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).