

Nombre Legal de Cliente:		Número de Avatar:	
Apodo/Nombre de Alias:	Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____ (NOMBRE ESCRITO de AUTOR LEGAL) autorizo **Personal de Salud Mental** o **Personal de Tratamiento del Uso de Sustancias** **SUD** (elija la caja correcta) para recibir y divulgar la información identificada a continuación a: (AGENCIA / ENTIDAD) autorizado a recibir mi información de tratamiento: [Ley CARES permite "organización/ agencia" para las divulgaciones de SUD.]

Nombre(s) del Receptor: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

[PARA el personal de Salud Mental para Niños (CBH) (propiedad menor): Mi firma a continuación confirma que he evaluado a este menor de 12 a 17 años y he determinado que el menor tiene no tiene la capacidad para autorizar la divulgación de su información médica protegida.]

_____/_____ (Firma/ Fecha del personal de CBH y Fecha)

3 **El propósito o necesidad de intercambio y divulgación de esta información es:**

Facilitar el tratamiento / pago / coordinación Resumir el tratamiento

Otro (Especificar la razón): _____

Asistencia de Reclamaciones Calidad de Cuidado Repaso /Una Queja Apoyo con la programación de citas

4 Permiso que esta información sensible sea compartida: [favor de marque las Casillas apropiadas]:

Toda la información pertinente a mi tratamiento de salud mental: **DE** _____ **A** _____ [Opcional: Límites de Fecha]

Toda la información pertinente a mi tratamiento del trastorno del uso de sustancias: **DE** _____ **A** _____

[REQUERIDO para SUD: Especificar Límites de Fecha – 42 CFR sección 2.31]

Sólo la siguiente información (puede especificar cualquier tipo y/o franja de fechas): _____

Diagnóstico Sólo confirmación de inscripción al tratamiento Tratamiento de Psiquiatría / medicamentos

VIH/SIDA Análisis Resultados (Se requiere autorización separada para cada divulgación & se requiere iniciales de firmante): _____

5 **DURACIÓN: Esta autorización se vence:** _____ **(Fecha o evento) o un (1) año a partir de la fecha en que se firma este formulario, la fecha que es más temprano.**

6 **MIS DERECHOS:** (1) Puedo rehusar a firmar esta Autorización. Mi rechazo a firmar este documento no afectará mis posibilidades de obtener tratamiento o ser eligible para obtener los beneficios. (2) Entiendo que este es un divulgación de comunicación. (3) Yo entiendo que si autorizo la divulgación de información protegida para alguien que no está cubierta por leyes de confidencialidad, por ejemplo, un miembro de la familia, es posible que mi información pueda ser revelada de nuevo por esa persona a otra. (4) Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá ser por escrito y enviada a: Quality Improvement, 1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060 para activar una fecha de revocación efectiva (4) Yo tengo derecho de recibir una copia de esta autorización y me han ofrecido una copia. _____ (iniciales)

7 Firma de Cliente:	Fecha:
---------------------	--------

8 Firma de Padre / Tutor Legal: _____	Fecha: _____
(si está firmado por alguien que no sea el cliente, declare su relación legal con el cliente): _____	
Testigo del Personal (Imprimir/Firmar): _____	Fecha: _____

Tutor Legal o Conservador tiene que proveer una copia de documentos legales actuales para recibir información.

Divulgación de Información Instrucciones

1	<ul style="list-style-type: none">• Favor de completar la información en la caja 1• Personal de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias puede ayudarle con el número de Avatar
2	<ul style="list-style-type: none">• Favor de escribir su nombre en la primer línea• Favor de escribir el tipo de proveedor quien puede divulgar o compartir información de tratamiento Elija: la casilla "Personal de Salud Mental" para el proveedor de tratamiento de salud mental o la casilla "Personal de Tratamiento del Uso de Sustancias" para el proveedor de tratamiento de uso de sustancias. No se pueden seleccionar ambas casillas.• Nombre del Receptor: Favor de escribir el nombre de la persona o agencia / organización y completa dirección, y número de teléfono de la persona o agencia / organización quien puede recibir información de tratamiento.<ul style="list-style-type: none">o Si el Cliente desea que el personal de SUDS compartir información con el personal de MH, ingrese "Servicios de Salud Mental y Uso de Sustancias"- Si el Cliente recibiendo servicios de salud mental es un menor de 12 años de edad o más y desea divulgar información, entonces la seccion del personal de salud mental para niños (CBH) debe completarse antes de que el formulario sea válido.
3	<ul style="list-style-type: none">• Marque la caja que corresponda con el razón de intercambiar o divulgar esta información
4	<ul style="list-style-type: none">• Marque la caja que describe que tipo de información permite Ud. que personal a divulgar o compartir• Para tratamiento de Salud Mental, entrando la fecha "De" y "A" es opcional• Para tratamiento del Uso de Sustancias, entrando la fecha "De" y "A" es requerido• Para que se divulgar Análisis Resultados de VIH / SIDA tiene que poner sus iniciales en el formulario y se requiere una autorización separada para cada divulgación de VIH / SIDA
5	<ul style="list-style-type: none">• Indique cuánto tiempo es válida la autorización• Esta autorización es válida a partir de la fecha en que firma el formulario• Puede indicar una fecha de finalización que es cualquier tiempo hasta un (1) año calendario / 12 meses desde la fecha en que firma el formulario• Si no se ingresa una fecha de finalización, la autorización vencerá 12 meses desde la fecha en que se firma el formulario
6	<ul style="list-style-type: none">• Sus DERECHOS – Favor de leer!• Tiene el derecho de recibir una copia de esta autorización. Favor de poner sus iniciales que le han ofrecido una copia
7	<ul style="list-style-type: none">• Firmar y fechar la divulgación de información
8	<ul style="list-style-type: none">• Si no es el cliente, describe su relación al cliente y autoridad legal a firma el formulario• Es posible que deba proporcionar documentación legal• Personal puede firmar el formulario como testigo