



Información confidencial del paciente:
 Consulte el Código de Asistencia Pública e
 Instituciones de California, Sección 5328.

Autorización para usar o divulgar información de salud protegida

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de información de salud personal que lo identifique conforme aparece a continuación, de acuerdo con las leyes federales y de California sobre la privacidad de dicha información. **Si no se proporciona toda la información solicitada, es posible que se invalide esta autorización.**

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____
 N.º de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación (BHRS) _____

Autorizo el intercambio de información de salud (como se especifica a continuación) entre Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de San Mateo Y la siguiente persona/organización:

Nombre/Agencia _____

Esta autorización se aplica a la siguiente información (seleccione una opción o más):

- Informes de evaluación, incluido el diagnóstico
- Plan de tratamiento
- Informe del alta médica
- La totalidad del registro de salud con el historial de la condición física y mental y el tratamiento proporcionado, incluidos el consumo de drogas y alcohol y el VIH/SIDA
- Solo la siguiente información de salud: _____
- Solo la información del _____ al _____
 (fecha) (fecha)

Esta información se utilizará con el siguiente propósito:

- Evaluación/Tratamiento
- Consulta/2.ª opinión
- Otro (especificar) _____

A menos que se revoque el consentimiento, la presente autorización tendrá validez hasta la fecha especificada a continuación, o hasta que reciba el alta de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de San Mateo, lo que suceda primero:

- Tres años a partir de la fecha de firma/autorización de este formulario.
 Fecha de vencimiento: _____
- Otra fecha: _____ (si es distinta a la fecha especificada anteriormente)



Información confidencial del paciente:
 Consulte el Código de Asistencia Pública e
 Instituciones de California, Sección 5328.

RESTRICCIONES

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar mi información de salud protegida en otras ocasiones, a menos que el solicitante obtenga otra autorización de mi persona, o a menos que dicha divulgación esté específicamente requerida o autorizada por la ley.

MIS DERECHOS

Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Puedo revisar o solicitar una copia de la información de salud protegida que se solicita divulgar. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe realizarse por escrito y enviarse a mi clínica/equipo clínico principal.

Mi revocación será efectiva desde su recepción, excepto por los actos que haya realizado el solicitante u otra persona en virtud de dicha autorización.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no dependerá de que proporcione, o me niegue a proporcionar, esta autorización.

Enviar mi información de salud a:

Nombre _____

Fax _____ Teléfono _____

Dirección _____

Correo electrónico: _____

Ciente/Representante legal

Firma/Nombre _____ **Fecha** _____

Ciente/Representante legal

Si lo firma alguna persona distinta al paciente, escriba la relación legal con el cliente: _____

Testigo/Terapeuta Firma _____ **Fecha** _____

(La ley de California prohíbe que quienes reciban su información personal divulguen de nuevo dicha información, excepto si cuentan con su autorización por escrito o según lo exija o permita la ley específicamente. Si usted dio autorización para divulgar su información de salud a una persona a la que no se le exige por ley mantener la confidencialidad de dicha información, esta puede divulgarse y dejar de estar protegida).