



**MONTEREY COUNTY BEHAVIORAL HEALTH**

**GENERAL-Autorización para el uso, intercambio, y/o la divulgación de información confidencial del Departamento de Salud Mental y Servicios del Tratamiento de Abuso de Sustancias del Condado de Monterey**

Realización de este documento autoriza la divulgación de información confidencial de salud. Por favor complete esta autorización si desea autoriza expresamente a Servicios de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias de Condado de Monterey o sus contratistas para divulgar la información confidencial de salud.

1. (a) Nombre de persona en cuidado: \_\_\_\_\_

(b) Fecha de Nacimiento de persona en cuidado: \_\_\_\_\_

2. El nombre específico o designación general del programa de tratamiento de abuso de sustancias ("Part 2 Program," por sus siglas en inglés), entidad(es) o individuo (s) permitido para divulgar la información identificada dentro de esta autorización:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. La siguiente información puede ser revelada. (Por favor marque casillas abajo o explícitamente identifique la cantidad y el tipo de información de salud que autoriza divulgación.)

(a) Información de tratamiento de salud mental<sup>1</sup> (iniciales de persona en cuidado \_\_\_\_\_)

(b) Resultados de la prueba del VIH (iniciales de persona en cuidado \_\_\_\_\_)

(c) La siguiente información de tratamiento de abuso de sustancias (iniciales de persona en cuidado \_\_\_\_\_)

(d) Tratamiento de salud física (iniciales de persona en cuidado \_\_\_\_\_)

(Por favor explícitamente identifique la cantidad y el tipo de información tratamiento de abuso de sustancias que autoriza divulgación.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. La información identificada dentro de esta autorización puede divulgarse a los siguientes nombrados de individuo (s) o entidades:

---

---

5. La información identificada en esta autorización puede ser revelada para los siguientes fines (por favor explícitamente identifique el propósito para el cual usted está autorizando la divulgación):

---

---

6. Por el presente confirmo que entiendo que esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, excepto en la medida que una entidad o individuo permitido a hacer la divulgación de conformidad con esta autorización ya haya actuado basándose en ella. Actuar con confianza incluye la prestación de servicios de tratamiento con base de una autorización válida para divulgar información a un pagador tercero (Iniciales de persona en cuidado) \_

7. Esta autorización expirará, si no revocada antes, 90-días después que termine mi tratamiento o en la siguiente fecha, evento o condición:

---

---

8. Derechos y Advertencias de la Persona en Cuidado:

(a) Puedo rehusarme 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.

(b) Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que autorizó la divulgación.

(c) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, verbalmente o por escrito. Mi revocación tendrá efecto sobre el aviso, excepto en la medida en que otros han actuado confiando en esta autorización.

(d) Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y se le ofrecerá una copia.

(e) Información revelada en virtud de esta autorización podría ser re-divulgada por el destinatario. Re-divulgación en algunos casos no son prohibidos por la ley de California o ley federal (por ejemplo, “HIPAA”).

(f) Información de tratamiento de abuso de sustancias puede no puede ser re-divulgada a menos que otra autorización para tal divulgación se obtenga de mí, o a menos que dicha divulgación es específicamente requerido o permitido por ley.

**Firma del Persona en Cuidado:** \_\_\_\_\_

Cuando sea necesario para un paciente que es incompetente o fallecido, la firma de un individuo autorizado a firmar bajo la ley 42 CFR §2.15: \_\_\_\_\_

Si firmado por una persona distinta del paciente, de acuerdo con 42 CFR §2.15, identificar la relación de la persona autorizada a firma: \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

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

Indicar la rason por cual no fue aceptada \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup>Una autorización separada es necesaria para autorizar la divulgación o el uso de notas de psicoterapia, como se indica en el Reglamento federal de desarrollo Health Insurance Portability y Accountability Act (“HIPAA”)