



MONTEREY COUNTY BEHAVIORAL HEALTH

Autorización de Revelación de Información Confidencial de Salud – Inscripciones Múltiples de Programas de Tratamiento de Opioides

Acuerdo con 42 CFR §2.34, esta forma de autorización permite programas de tratamiento de abuso de sustancias (“Part 2 Program” por sus siglas en inglés) para divulgar registros de pacientes para un registro central o programas de asistencia de síntomas de abstinencia (“withdrawal management”) o programa de tratamiento de mantenimiento (“maintenance treatment program”) no más de 200 millas, con el propósito de evitar la inscripción múltiple de un paciente.

No utilice este documento para otros fines.

Nota: Un “Part 2 Program” puede hacer declaraciones en virtud de esta autorización sólo si la divulgación se realiza cuando:

1. El paciente es aceptado para el tratamiento;
2. Cambio en el tipo o dosis de la droga; o
3. El tratamiento se interrumpe, resume o termina.

Realización de este documento autoriza expresamente a la divulgación de información confidencial médica.

1. Nombre del paciente (imprima): _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

2. El nombre específico o designaciones generales del “Part 2 Program,” entidad(es) o individuo (s) permitido para divulgar la información identificada en esta autorización: _____

3. La siguiente información puede ser revelada:

- Información de identificación del paciente (*iniciales del paciente* _____)
- Tipo y dosis del fármaco administrado por el “Part 2 Program” (*iniciales del paciente* _____)
- Fechas relevantes del tratamiento del paciente en “Part 2 Program” (*iniciales del paciente* _____)

4. Yo entiendo que la información identificada en esta autorización se divulgarán al siguiente llamado central registros programas de asistencia de síntomas de abstinencia (“withdrawal management”) o programa de tratamiento de mantenimiento (“maintenance treatment program”):¹

- Community Human Services- Off Main Clinic, 1083 S. Main St., Salinas, CA 93901 (831) 424-5838-fax
- Valley Health Associates- 338 Monterey Street, Salinas, CA 93901 (831) 424-9717-fax
- Janus of Santa Cruz- 200 7th Ave., Ste. 150, Santa Cruz, CA 95062 (831) 462-4970-fax
- Janus South County- 284 Pennsylvania Dr., Ste. 2, Watsonville, CA 95016 (831) 319-4204-fax
- South County Clinic – County of Santa Clara, 90 Highland, San Martin, CA 95046 (408) 683-0697
- Otro:

La información identificada en esta autorización también puede ser revelada a cualquier programa de asistencia de síntomas de abstinencia (“withdrawal management”) o programa de tratamiento de mantenimiento (“maintenance treatment program”) establecido dentro de las 200 millas que no se nombra por encima. (Iniciales del paciente)

5. La información identificada en esta autorización se divulgarán a los efectos de limitación de inscripciones múltiples en programa de asistencia de síntomas de abstinencia (“withdrawal management”) o programa de tratamiento de mantenimiento (“maintenance treatment program”).

¹ “Part 2 Program” actuando en virtud de esta autorización deben enumerar el nombre y la dirección de cada registro central y cada retiro conocido gestión o mantenimiento programa de tratamiento que la divulgación se hará y sólo puede hacer revelaciones a los programas de asistencia de síntomas de abstinencia (“withdrawal management”) o programa de tratamiento de mantenimiento (“maintenance treatment program”) establecidos dentro de las 200 millas.

6. Por la presente confirmo mi entendimiento que puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el “Part 2 Program” u otro tenedor legítimo ya ha actuado en la confianza en él. (*iniciales del paciente* ___)

Debo presentar mi revocación por escrito a la siguiente dirección:

- Community Human Services- Off Main Clinic, 1083 S. Main St., Salinas, CA 93901
- Valley Health Associates- 338 Monterey Street, Salinas, CA 93901

7. Derechos y Advertencias del Paciente:

- 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.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que autorizó divulgación.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y se le ofrecerá una copia.
- Información revelada en virtud de esta autorización podría ser volver a revelada por el destinatario. Re-divulgación es en algunos casos no prohibidos por la ley de California o federal (por ejemplo, Health Insurance Portability y Accountability Act (“HIPAA,” pos sus siglas en inglés).
- Información acerca del tratamiento de abuso de sustancias no puede ser re-divulgada a menos que otra autorización para tal divulgación se obtiene de mí, o a menos que dicha divulgación es específicamente requerido o permitido por ley.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____ Tiempo: _____ am/pm

Imprima su Nombre: _____

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

padre o tutor legal del menor curador (a)

otros: _____