



Monterey County Behavioral Health Policy and Procedure

Policy Number	321
Policy Title	Obtaining Authorization to Use, Exchange, and Disclose Confidential Behavioral Health Information
References	<ul style="list-style-type: none"> • Health Insurance Portability and Accountability Act (Code of Federal Regulations, Title 45, Parts 160 and 164) • HITECH Act of 2009 • Confidentiality of Information Act • Confidentiality of Medical Information Act (CA Civil Code 56 et seq.) • Lanterman-Petris-Short Act • CA Welfare & Institutions Code 5328 et seq. • CA Health and Safety Code 120980 et seq. • CA Health and Safety Code 121010 • Code of Federal Regulations, Title 42, Part 2 (42 CFR Part 2)
Form	<p>A. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information (English)</p> <p>B. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information (Spanish)</p> <p>C. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information – Multi-Disciplinary Teams (English)</p> <p>D. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information – Multi-Disciplinary Teams (Spanish)</p>
Effective	December 5, 2013

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

Policy

It is the policy of Monterey County Behavioral Health (MCBH) to obtain from beneficiaries authorizations to use, exchange, and disclose confidential behavioral health information any time such a use, exchange, or disclosure is to be made by MCBH staff or any of its contracted providers to a third party. This policy applies even if the disclosure is between an internal MCBH program and a MCBH contracted provider. "Internal" is defined as programs run directly by MCBH and staffed by County employees in contrast to community providers contracted by the County.

13 This policy also requires that authorization to use, exchange, and disclose
14 confidential behavioral health information be obtained from beneficiaries who are
15 minors:

- 16 a) treated as “adults” under the law for the purposes of medical consent
17 (emancipated and self-sufficient minors), and
- 18 b) seeking sensitive services for which they are qualified to provide their own
19 consent under law

20 any time such a use, exchange, or disclosure is to be made by internal MCBH
21 staff or any of its contracted providers to a third party. This applies even if the
22 disclosure is to the minor’s parents/representative or between an internal MCBH
23 provider and an MCBH contracted provider. The authorization to use, exchange,
24 or disclose confidential behavioral health information will be obtained from minors
25 who qualify under subsections a) and b) above regardless of whether or not their
26 parents were involved in obtaining services.

27
28 This does not apply in the course of arranging or supporting critical, emergency
29 services for the beneficiary involving other healthcare providers or law
30 enforcement only if law enforcement is supporting MCBH staff or MCBH
31 contracted providers in the provision of emergency psychiatric services.
32

33 This also does not apply when pertinent Federal and State laws and regulations
34 require or mandate the disclosure of beneficiary information.
35



37

Monterey County Behavioral Health

Authorization for Use, Exchange, and/or Disclosure of Confidential Behavioral Health Information

41

42 Completion of this document authorizes the use or release of confidential
43 behavioral health information about you or your child. It is important that
44 you complete this Authorization if you wish to authorize Monterey County
45 Behavioral Health to use, disclose, or exchange confidential health
46 information about you or your child.

47

48 I _____ hereby authorize

49 (name of client or client’s representative)

50 My or my child’s Monterey County Behavioral Health mental health
51 provider

52 My or my child’s alcohol/other drug providers in the Monterey
53 County Behavioral Health Alcohol and Other Drug Programs

54 to disclose confidential information about me/my child to the following
55 person/entity:

56 _____

57 (name of person/entity)

58

59 for the following purpose(s): _____

60 _____

61 _____

62

63 I specifically authorize the use, exchange or disclosure of the following
64 information:

65 All health information pertaining to my or my child’s medical history,
66 mental or physical condition, assessment, and treatment received,

67 including:

68 Mental health information

69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95

- HIV test results
- Alcohol/drug treatment information

This authorization expires 90 days after my or my child’s treatment ends or when there is no longer any need for access by Monterey County Behavioral Health treatment program providers, whichever is sooner.

OR

This authorization expires on (insert date or event):_____.

I may refuse to sign this Authorization. My refusal may affect my or my child’s ability to receive services from Monterey County Behavioral Health but will not affect my or my child’s ability to receive individual services provided by other County healthcare programs for which I or my child may qualify.

I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being asked to allow the use or disclosure of.

I may revoke this authorization at any time either in writing or by verbally informing my Monterey County Behavioral Health service provider. My revocation will take effect upon receipt, except to the extent others have acted in reliance on this Authorization.

I have a right to receive a copy of this authorization.

Information used, exchanged and disclosed pursuant to this authorization will not be redisclosed by any user or recipient except as required or permitted by law.

Date: _____

Time: _____

Signature: _____
(name of client/representative)

If signed by someone other than the patient please indicate
relationship: _____

Witness: _____



100
Salud Mental del Condado de Monterey
Autorización para el uso, intercambio, y/o la divulgación de
información confidencial del Departamento de Salud Mental.

105 El completar este documento autoriza el uso o divulgación de información
106 confidencial de salud sobre usted o su hijo/a. Es muy importante que usted
107 llene este formulario de autorización solo si usted desea que el
108 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey use, divulgue, o
109 intercambie información de salud confidencial sobre usted o su hijo/a.
110

111 Yo _____, por la presente,
112 autorizo

113 (Nombre del paciente)

- 114 A mi proveedor o proveedor de mi hijo/a de salud mental del
115 Condado de Monterey
116 A mi proveedor(es) o proveedor(es) de mi hijo/a de tratamiento de
117 alcohol y/o drogas, perteneciente(s) a los programas de
118 Alcohol/Drogas del Departamento de Salud Mental del Condado de
119 Monterey

120 Que divulgue información confidencial sobre mi/mi hijo(a) a la siguiente
121 persona/entidad:

122 _____

123 (Nombre de la persona/entidad)

124

125 para el siguiente propósito(s): _____

126

127

128

129 Yo específicamente autorizo el uso, intercambio o divulgación de la
130 siguiente información:

- 131 Toda la información mía o mi hijo/a de salud relacionada en el
132 expediente médico, condición mental o física, evaluación, y
133 tratamiento(s) recibido, incluyendo:
134 Información sobre mi salud mental
135 Resultados sobre mis pruebas del HIV/SIDA
136 Información sobre el tratamiento de Alcohol/Drogas
137 Esta autorización se expirará 90 días después de que el tratamiento mío
138 o mi hijo/a haya terminado o cuando ya no haya más necesidad de
139 acceder a mi información por parte de los proveedores de tratamiento
140 del Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey,
141 cualquiera que sea primero.

142 O

- 143 Esta autorización se expirará en la siguiente fecha o evento:

144 _____.

145 Yo puedo negarme a llenar este formulario de autorización. El negarme a
146 llenar este formulario pudiera afectar el no recibir servicios por parte del
147 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey, pero no
148 afectará el recibir servicios individuales proveídos por otros programas de
149 Salud del Condado a los cuales yo o mi hijo/a califique.

150
151 Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud, de
152 la cual se me está pidiendo autorizar su uso y/o divulgación.

153
154 Yo puedo cancelar esta autorización cuando quiera, solo ocupo informar
155 por escrito o verbalmente al proveedor de servicios del Departamento de
156 Salud Mental del Condado de Monterey. La cancelación tomará efecto en
157 cuanto sea recibida, a menos de que haya otros que hayan ya actuado
158 basados en lo permitido por esta autorización.

159
160 Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

161
162 La información usada, intercambiada, y/o divulgada a través de esta
163 autorización no será divulgada nuevamente por ningún usuario o
164 destinatario a menos de que sea requerida o permitida por la ley.

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____

(Nombre del cliente/representante)

Si fue firmada por una persona diferente al paciente, por favor indique su relación al paciente: _____

Testigo: _____

165

166



**Monterey County Behavioral Health
Authorization for Use, Exchange, and/or Disclosure of Confidential
Behavioral Health Information for Multi-Disciplinary Teams**

Completion of this document authorizes the use or release of confidential behavioral health information about you or your child. It is important that you complete this Authorization if you wish to authorize Monterey County Behavioral Health to use, disclose, or exchange confidential health information about you or your child.

I _____ hereby authorize

(name of client or client’s representative)

My or my child’s Monterey County Behavioral Health mental health provider(s)

My or my child’s alcohol/other drug provider(s) in the Monterey County Behavioral Health Alcohol and Other Drugs Programs

Staff from the Monterey County Department of Probation involved in providing services to me/my child

Staff from the Monterey County Department of Social Services involved in providing services to me/my child

My child’s school Individualized Education Plan Team

(Monterey County Multi-Disciplinary Team providing services to me/my child)

Other: _____

Other: _____

Other: _____

to use, exchange, or disclose confidential information about me for the following purpose(s):

To evaluate my/my child’s need for behavioral or other health services;

To provide and coordinate the services that are provided to me/my child by a Monterey County Multi-Disciplinary Team;

201 To evaluate my participation and progress in a Monterey County
202 Multi-Disciplinary Program

203 Other: _____

204

205 I specifically authorize the use, exchange or disclosure of the following
206 information:

207 All health information pertaining to my medical history, mental or
208 physical condition, assessment, and treatment received, including:

209 Mental health information

210 HIV test results

211 Alcohol/drug treatment information

212

213 This authorization expires 90 days after my or my child's treatment ends
214 or when there is no longer any need for access by Monterey County
215 Behavioral Health treatment program providers, whichever is sooner.

216 OR

217 This authorization expires on (insert date or
218 event): _____.

219 I may refuse to sign this Authorization. My refusal may affect my or my
220 child's ability to receive services from Monterey County Behavioral Health
221 and multi-disciplinary program(s) Monterey County Behavioral Health
222 participates in but will not affect my or my child's ability to receive
223 individual services provided by other County healthcare programs for which
224 I or my child may qualify.

225 I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being
226 asked to allow the use or disclosure of.

227 I may revoke this authorization at any time either in writing or by verbally
228 informing my Monterey County Behavioral Health service provider. My
229 revocation will take effect upon receipt, except to the extent others have
230 acted in reliance on this Authorization.

231

232 I have a right to receive a copy of this authorization.

233

234 Information used, exchanged and disclosed pursuant to this authorization
235 will not be redisclosed by any user or recipient except as required or
236 permitted by law.
237

Date: _____

Time: _____

Signature: _____

(name of client/representative)

If signed by someone other than the patient please indicate
relationship: _____

Witness: _____

238
239



245

Salud Mental del Condado de Monterey
Autorización para el uso, intercambio, y/o la divulgación de
información confidencial del Departamento de Salud Mental
para Equipos Multi-Disciplinarios.

246

247 El completar este formulario autoriza el uso y/o divulgación de información
248 confidencial de salud mental sobre usted o su hijo/a. Es muy importante que
249 usted llene este formulario de autorización solo si usted desea que el
250 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey use, divulgue, o
251 intercambie información confidencial de salud sobre usted o su hijo/a.

252

253 Yo _____, por la presente,
254 autorizo

255

(Nombre del paciente)

256

A mi proveedor o proveedor de mi hijo/a de salud mental del
257 Condado de Monterey

258

A mi proveedor(es) o a el proveedor (es) de mi hijo/a de tratamiento
259 sobre alcohol y/o drogas, perteneciente(s) a los programas de
260 Alcohol/Drogas del Departamento de Salud Mental del Condado de
261 Monterey

262

A los trabajadores del Departamento de Libertad Condicional del
263 Condado de Monterey involucrados en proveer servicios a mi o a mi
264 hijo(a)

265

A los trabajadores del Departamento de Servicios Sociales del
266 Condado de Monterey, involucrados en proveer servicios a mi o a mi
267 hijo(a)

268

Al equipo escolar "Plan Educacional Individualizado" (IEP) de mi
269 hijo(a).

270

271 (Equipo Multi-Disciplinario del Condado de Monterey que este brindando
272 servicios a mi o a mi hijo(a))

273

A otra
274 persona/institución: _____

275 A otra
276 persona/institución: _____

277 A otra
278 persona/institución: _____

279 Que use, intercambie, o divulgue información confidencial sobre mí para el
280 siguiente propósito(s):

281 Para evaluar qué necesidad tengo yo o tiene mi hijo(a) de servicios
282 de salud mental u otros servicios médicos;

283 Para proveer y coordinar los servicios que son proveídos a mi o a mi
284 hijo(a) por parte de un Equipo Multi-Disciplinario del Condado de
285 Monterey;

286 Para evaluar mi participación o la de mi hijo/a y progreso en un
287 programa Multi-Disciplinario del Condado de Monterey

288 Otra razón: _____

289 Yo específicamente autorizo el uso, intercambio o divulgación de la
290 siguiente información:

291 Toda la información de salud perteneciente a mi expediente médico, mi
292 condición mental o física, mi evaluación, y tratamiento recibido,
293 incluyendo:

294 Información de salud mental

295 Resultados de las pruebas de HIV

296 Información sobre el tratamiento de Alcohol y Drogas

297
298 Esta autorización se vencerá 90 días después que el tratamiento mío o
299 de mi hijo/a termine o cuando ya no haya ninguna necesidad por parte
300 de los proveedores en los programas de tratamiento del Departamento
301 de Salud Mental del Condado de Monterey de tener acceso a mi
302 información, cualquiera que sea primero.

303 O,

304 Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha o evento:

305 _____.

306 Yo puedo negarme a llenar este formulario de autorización. El negarme a
307 llenar este formulario pudiera afectar el no recibir servicios por parte del

308 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey y por parte de los
309 programas multi-disciplinarios del Condado de Monterey pero no afectará el
310 recibir servicios individuales proveídos por otros programas de Salud del
311 condado a los cuales yo o mi hijo/a califique.

312 Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud, de la
313 cual se me está pidiendo autorizar su uso y/o divulgación.

314 Yo puedo cancelar esta autorización cuando quiera, solo ocupo informar por
315 escrito o verbalmente al proveedor de servicios del Departamento de Salud
316 Mental del Condado de Monterey. La cancelación tomará efecto en cuanto
317 sea recibida, a menos que otros hayan ya actuado conforme a lo permitido
318 por esta Autorización.

319

320 Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

321 La información usada, intercambiada, y/o divulgada a través de esta
322 autorización no será divulgada nuevamente por ningún usuario o destinatario
323 a menos de que sea requerida o permitida por la ley.

324

Fecha: _____

Hora: _____

Firma: _____

(Nombre del cliente/representante)

Si fue firmada por una persona diferente al paciente, por favor indique su
relación al paciente: _____

Testigo: _____

325