



# Salud Mental del Condado de Monterey

## Autorización para el uso, intercambio y / o divulgación de información confidencial de salud conductual para equipos multidisciplinarios

Completar este documento autoriza el uso o divulgación de información confidencial sobre su salud conductual. Es importante que complete esta Autorización si desea autorizar al Condado de Monterey, División de Salud Mental, a usar, divulgar o intercambiar información médica confidencial sobre usted.

Nombre de Persona en cuidado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a:

- Salud del Comportamiento del Condado de Monterey, División de Salud Mental.
- Salud del Comportamiento del Condado de Monterey, División de Trastornos por Uso de Sustancias (SUD)
  - El nombre específico o designación 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:

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

- Departamento de Libertad Condicional del Condado de Monterey
- Departamento de Servicios Sociales del Condado de Monterey
- Al equipo "Plan Educación Individual" (IEP) de mi hijo/a en su escuela
- Nombre de Equipo Multidisciplinario (MDT) del Condado de Monterey \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

para usar, divulgar o intercambiar información confidencial sobre mí para los siguientes propósitos:

- Para evaluar mi necesidad (mi hijo/a) de servicios de salud conductual u otros
- Para proveer y coordinar los servicios que son proveídos a mi (mi hijo/a) por parte de un Equipo Multi-Disciplinario del Condado de Monterey
- Para evaluar la participación y progreso (de mi hijo/a) en el Programa multidisciplinario del Condado de Monterey
- Otro: \_\_\_\_\_

Yo específicamente autorizo el uso, intercambio o divulgación de la siguiente información relacionada con mi historial médico (de mi hijo/a), condición mental o física, evaluación y tratamiento recibido, incluyendo:

- Información de salud mental \_\_\_\_\_ (iniciales de persona en cuidado)
- Resultados de las pruebas de VIH \_\_\_\_\_ (iniciales de persona en cuidado)
- La siguiente información de tratamiento de abuso de sustancias \_\_\_\_\_ (iniciales de persona en cuidado)
- Tratamiento de salud física \_\_\_\_\_ (iniciales de persona en cuidado)

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

---

---

- Esta autorización expira: 90 días después de que termine mi tratamiento (el de mi hijo/a) o cuando ya no sea necesario que las personas o entidades mencionadas en este formulario divulguen la información, lo que ocurra primero o,
- el (insertar fecha o evento): \_\_\_\_\_.

Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi rechazo puede afectar mi capacidad (la de mi hijo/a) de recibir servicios de los programas multidisciplinarios y de Salud Conductual del Condado de Monterey, pero no afectara servicios individuales provistos por programas de atención médica para los que yo (mi hijo/a) pueda calificar.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información médica que es objeto de esta autorización.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, ya sea por escrito o informando verbalmente al proveedor de servicios de Salud Conductual del Condado de Monterey mencionado en este formulario, o notificando al programa multidisciplinario mencionado. Mi revocación entrará en vigor una vez recibida, excepto en la medida en que otros hayan actuado de acuerdo con esta Autorización.

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

La información utilizada, intercambiada y divulgada de conformidad con esta autorización no será divulgada por ningún usuario o destinatario excepto según lo requiera o permita la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Nombre de persona en cuidado/representante)

Si fue firmada por una persona diferente de la persona en cuidado, por favor indique su relación: \_\_\_\_\_