



## MONTEREY COUNTY BEHAVIORAL HEALTH

### Autorización para la divulgación de información confidencial del Departamento de Salud Mental y Servicios del Tratamiento de Abuso de Sustancias del Condado de Monterey DENTRO del mismo departamento de salud mental y servicios del tratamiento de abuso de sustancias

Realización de este documento autoriza la divulgación de información confidencial de mi 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:

Departamento de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias del Condado de Monterey (Monterey County Behavioral Health) y programas de tratamiento de abuso de sustancias (SUD programs): Community Human Services, Valley Health Associates, Door to Hope, Sun Street Centers

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.)

**Información de tratamiento de salud física** (iniciales de persona en cuidado \_\_\_\_\_)

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

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

**La siguiente información de tratamiento de abuso de sustancias** (Por favor explícitamente identifique la cantidad y el tipo de información tratamiento de abuso de sustancias que autoriza divulgación):

Información histórica actual y relevante; información sobre mi tratamiento, que incluye evaluación, diagnóstico, tratamiento, coordinación de servicios, plan de alta, y referencia (iniciales de persona en cuidado \_\_\_\_\_)

4. La información identificada dentro de esta autorización puede divulgarse a los siguientes **nombrados de individuo (s) o entidades**: Departamento de Salud Mental y Tratamiento de Abuso de Sustancias del Condado de Monterey (Monterey County Behavioral Health) y programas de tratamiento de abuso de sustancias (SUD programs): Community Human Services, Valley Health Associates, Door to Hope, Sun Street Centers;

---

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): evaluación, diagnóstico, tratamiento, coordinación de servicios, plan de alta, y referencia

---

6. Por la presente confirmo mi entendimiento de que esta autorización está sujeta a **revocación** en cualquier momento, excepto en la medida en que “Part 2 Program” u otro tenedor legítimo del paciente que permite hacer la divulgación ya ha actuado en confianza en él. (Actuar en dependencia incluye la provisión de servicios de tratamiento al amparo de una autorización válida para divulgar información a un tercero pagador. (Iniciales de persona en cuidado)

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.

7. Esta autorización **expirará**, si no revocada antes, 365-días después que termine mi tratamiento o en la siguiente fecha, evento o condición:

---

---

## 8. Derechos y Advertencias de la Persona en Cuidado:

- 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 la 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 re-divulgada por el destinatario. Re-divulgación en algunos casos no son prohibidos por la ley de California o ley federal (por ejemplo, “HIPAA”).
- Información de tratamiento de abuso de sustancias 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 de persona en cuidado:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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”).