



Información confidencial del paciente:
 Consulte el Código de Asistencia Pública e Instituciones de California, Sección 5328.

Unidad de Servicios Relacionados con el Alcohol y Otras Drogas (AOD) de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación (BHRS) del Condado de San Mateo

Autorización para usar o divulgar información de salud protegida

Al completar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de información de salud personal que lo identifique conforme aparece a continuación, de acuerdo con las leyes federales y de California sobre la privacidad de dicha información. **Si no se proporciona toda la información solicitada, es posible que se invalide esta autorización.**

Yo, (nombre del cliente) _____ Fecha de nacimiento _____

Autorizo el intercambio de información de salud (según se especifica más adelante) entre

la Unidad de Alcohol y Otras Drogas (Alcohol and Other Drugs, AOD) de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de San Mateo

Personal/Programa _____

Y la siguiente persona/organización:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Esta autorización se aplica a la siguiente información (ponga su inicial al lado de una opción o más):

- _____ Informes de evaluación, incluido el diagnóstico
- _____ Plan/recomendaciones de tratamiento
- _____ Informe del alta médica
- _____ Informe completo sobre AOD con el historial de afecciones mentales y físicas y el tratamiento proporcionado, incluido el VIH/SIDA
- _____ Solo la siguiente información de salud: _____
- _____ Solo la información desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

Esta información se utilizará con el siguiente propósito: (ponga su inicial al lado de una opción o más)

- _____ Coordinar servicios/referencias
- _____ Consulta/2.^a opinión
- _____ Evaluación/tratamiento
- _____ Otro (especifique): _____



Información confidencial del paciente:
 Consulte el Código de Asistencia Pública e Instituciones de California, Sección 5328.

Nombre del cliente _____

A menos que se revoque el consentimiento, la presente autorización tendrá validez hasta la fecha especificada a continuación, o hasta que reciba el alta de la Unidad de Servicios Relacionados con el Alcohol y Otras Drogas (AOD) de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de San Mateo, lo que suceda primero:

- Tres años a partir de la fecha de firma/autorización de este formulario.
 Fecha de vencimiento: _____
- Otra fecha: _____
 (si es distinta a la fecha especificada anteriormente)

RESTRICCIONES

Las leyes federales y de California prohíben que quienes reciban su información personal divulguen dicha información, excepto si cuentan con su autorización por escrito o según lo exija o permita la ley específicamente. Sin embargo, si usted dio autorización para divulgar su información de salud a una persona a la que no se le exige por ley mantener la confidencialidad de dicha información, esta puede divulgarse y dejar de estar protegida.

MIS DERECHOS

Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Puedo revisar o solicitar una copia de la información de salud protegida que será divulgada. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación deberá ser por escrito, deberá estar firmada por mí o en mi nombre, y deberá enviarse a la siguiente dirección: _____

Mi revocación será efectiva desde su recepción, excepto por los actos que haya realizado el solicitante u otra persona en virtud de dicha autorización. **El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no dependerá de que proporcione, o me niegue a proporcionar, esta autorización.**

Firma _____ Fecha _____
 (cliente/representante legal)

Si firma alguna otra persona en nombre del cliente, describa la relación: _____

Firma del testigo del cliente/representante _____