

Información confidencial del paciente:

Consulte el Código de Asistencia Pública e Instituciones de California, Sección 5328.

Autorización para la divulgación verbal de información de salud protegida a familiares, amigos o personas que brindan apoyo social

Nombre del cliente	
	N.º de registro de salud mental
MATEO a discutir verbalmente la si relacionados con el consumo de dro Mi estado general en el prog Mis medicamentos	a la DIVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE SAN guiente información sobre mi evaluación y tratamiento psiquiátricos y ogas y alcohol, como indican mis iniciales, a las personas designadas. grama Mi estado físico general y de salud mental nformación relacionada con el tratamiento Hospitalización
La información indicada anteriorme	ente puede discutirse verbalmente con las siguientes personas:
Nombre	
Teléfono	Teléfono
Relación	Relación
verbalmente la información que autorización será válida por 3 ai	amente a la divulgación verbal de la información. Está prohibido divulgar e se especificó a cualquier persona que no se haya mencionado. Esta ños a partir de la fecha de la firma/autorización de este formulario, a e revoque por escrito, o se especifique una fecha distinta.
Cliente/Representante legal	
Firma/Nombre	Fecha
Cliente/Repre	esentante legal
_	guna persona distinta al paciente, escriba la relación legal con
Testigo/Terapeuta Firma	Fecha
	ienes reciban su información personal divulguen de nuevo dicha

(La ley de California prohíbe que quienes reciban su información personal divulguen de nuevo dicha información, excepto si cuentan con su autorización por escrito o según lo exija o permita la ley específicamente. 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).