



San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services
Unidad de Servicios Relacionados con el Alcohol y Otras
Drogas (AOD)

**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 identifica individualmente como 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 San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services
Personal/Programa _____

Y la siguiente persona/organización:

Nombre _____

Dirección _____

Tel. _____ Fax _____

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

- _____ Informes de evaluación, incluido el diagnóstico
- _____ Plan de Tratamiento/Recomendaciones de tratamiento
- _____ Informe de alta médica
- _____ Informe completo sobre AOD con el historial de condiciones mentales, físicas y el tratamiento recibido, incluyendo VIH/SIDA
- _____ Sólo la siguiente información de salud: _____
- _____ Sólo la información desde (fecha) _____ hasta (fecha) _____

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

- _____ Coordinar servicios/remisiones
- _____ Evaluación/Tratamiento
- _____ Consulta/2.^a opinión

_____ Otro (especifique): _____

Nombre del cliente _____

Esta autorización tendrá validez durante un año a partir de la fecha en que se firmó o hasta (fecha): _____

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, ésta 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 ha sido 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 el momento en que se reciba, excepto por los actos que haya realizado el solicitante u otra persona en virtud de dicha autorización. **El tratamiento, pago, inscripción o la elegibilidad para beneficios no dependerá de que proporcione o me rehuse a proporcionar esta autorización.**

Firma _____ **Fecha** _____
(Cliente/Representante legal)

Si firma alguna otra persona en nombre del cliente, describa el parentesco: _____

Testigo de la firma del cliente/representante _____