



San Mateo County Health System
Behavioral Health and Recovery Services

**Autorización para Uso o Divulgación
de Información Médica Protegida**

Información Confidencial del Paciente:

Ver el Artículo 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California.

Al completar este documento queda autorizada la divulgación o uso de la información médica identificable del individuo de la forma establecida a continuación según la ley federal y de California sobre la confidencialidad de tal información. **Esta autorización será inválida si no se escribe *toda la información solicitada.***

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____

Número de seguro social _____ Número de BHRS _____

Autorizo el intercambio de información (tal como se especifica a continuación) entre la Clínica o Unidad _____ Dirección _____ de San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services.

Y la siguiente persona u organización:

Nombre _____ Dirección _____

Esta autorización abarca los siguientes datos:

(Elija una o más de las siguientes opciones)

- Evaluaciones, incluyendo diagnósticos
- Plan de tratamiento
- Resumen de dada de alta
- Expediente médico completo con historiales de las afecciones mentales y físicas, el tratamiento recibido incluyendo tratamiento contra el consumo de drogas o alcohol, por IVH o SIDA.
- Solamente la siguiente información _____
- Solo información de _____ a _____
(Fecha) (Fecha)

Se usará esta información con el siguiente(s) propósito(s):

- Evaluación o tratamiento
- Consulta o segunda opinión
- Otra (especificar) _____

Nombre del cliente _____

A menos que se retire por escrito el consentimiento de compartir esta información, esta autorización tendrá una validez por un año a partir de la fecha de la firma o hasta _____.

(Indicar una fecha antes de que se cumpla un año a partir del día de la fecha)

RESTRICCIONES

La ley de California prohíbe que el solicitante comparta con otros la información médica que cuenta con la protección de la ley a menos que el solicitante obtenga otra autorización mía o a menos que la divulgación de tal información sea requerida o permitida específicamente por la ley.

MIS DERECHOS

Puedo negarme a firmar esta autorización. Puedo revisar u obtener una copia de la información médica protegida por la ley que se me pida divulgar. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, contar con mi firma o con la firma de mi representante y entregado a la siguiente dirección _____

Mi revocación entrará en efecto cuando la misma sea recibida, pero no tendrá vigencia en cuanto a que el solicitante u otros hayan realizado actos basándose en esta autorización.

El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para obtener prestaciones no dependerán de que yo extienda o no esta autorización.

Enviar mi información médica a: Nombre _____

Fax _____ Tel _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____

Cliente o representante legal

Si la firma corresponde a otra persona que no es el cliente, indicar la relación legal existente con el cliente _____.

Firma del testigo del cliente o del representante _____.

(La ley de California prohíbe que el que reciba su información médica comparta tal información a menos que usted le dé tal autorización por escrito o si está específicamente requerido o permitido por ley. Si usted ha autorizado que se comparta su información médica con alguien que no tiene la obligación legal de mantener esta información en carácter confidencial, es posible que ésta comparta su información con otros y que ya no goce de protección.)

Sacar una copia de la autorización completada y dársela al cliente.