

**INFORMACIÓN  
CONFIDENCIAL  
DEL PACIENTE:  
Vea California  
Welfare and  
Institutions Code  
Section 5328.**

San Mateo County Behavioral Health & Recovery Services

Autorización para la Divulgación Verbal de Información  
Protegida de Salud a la Familia, Amigos, o Individuos que  
Proporcionan Apoyo Social



Nombre del Cliente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ # de Salud Mental \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a la DIVISION DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE SAN MATEO para que discuta **verbalmente** la información siguiente obtenida en el curso de mi evaluación y tratamiento psiquiátrico y/o de drogas y alcohol, como se indica con mis iniciales, a la(s) persona(s) designada(s):

- \_\_\_\_\_ Mi posición general en el programa
- \_\_\_\_\_ Mi salud general, física y mental
- \_\_\_\_\_ Mis metas en el programa que
- \_\_\_\_\_ Mi medicina para
- \_\_\_\_\_ Cómo sostener mi progreso en el programa
- \_\_\_\_\_ Áreas de problemas especiales (especifique por favor)
- \_\_\_\_\_ Hospitalización

Otro: \_\_\_\_\_

La información arriba indicada puede ser discutida verbalmente sólo con la(s) persona(s) designada(s) siguiente(s):

Nombre _____	Nombre _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono _____	Teléfono _____
Relación _____	Relación _____

Este consentimiento está limitado a la divulgación **verbal** de información solamente. La divulgación de la información **verbal** a cualquier persona no especificada queda prohibida. Se debe obtener un consentimiento escrito adicional para un uso nuevo propuesto de la información verbal o para su transferencia a otra persona.

Esta autorización será válida por un año de la fecha en que se firme, a menos que se retire el consentimiento por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Clínico de Tratamiento

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre, Tutor o  
Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

*(La ley de California prohíbe a recipientes de su información de salud que vuelvan a divulgar tal información excepto con su autorización escrita o como lo requiera o permita específicamente la ley. Si usted ha autorizado la revelación de su información de salud a alguien que no se le requiera a mantenerla legalmente confidencial, se puede volver a revelar y ya no se podrá proteger.)*