

**Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo**  
**Autorización (consentimiento) para la divulgación de registros de trastornos por uso de sustancias (SUD) para facturación**

Apellido, Nombre, Mi:

MR#:

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro social: XXX-XX-\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La información de SUD está protegida por las regulaciones Federales que rigen los Registros de Pacientes de Confidencialidad y Trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1966 (HIPAA), 45 C.F.R Partes 160 y 164, y no puede divulgarlo por Salud Conductual de San Luis Obispo sin autorización por escrito (consentimiento) a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

**Que estamos solicitando**

Solicitamos su permiso para compartir la información de SUD sobre usted para que Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo pueda facturar y obtener el pago/reembolso por su cuidado..

**Autorización**

Yo autorizo a Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo a divulgar a \_\_\_\_\_ (asegurador designado, plan o programa de Seguro u otro pagador) la siguiente información:

\_\_\_\_ (Iniciales) Tratamiento o servicios de SUD

\_\_\_\_ (Iniciales) Diagnostico

\_\_\_\_ (Iniciales) Fecha de inicio y finalización del tratamiento \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (Iniciales) Otro: \_\_\_\_\_

**Propósito**

El Propósito de una divulgación de conformidad con esta autorización/ consentimiento es para que Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo pueda facturar a mi seguro u otro pagador para que pueda obtener el pago/ reembolso por mi cuidado.

**Vencimiento**

Estas autorizaciones vencerán el \_\_\_\_\_ (nombre la fecha de vencimiento o evento o Designación de inflamabilidad).

**Revocación**

Puede cancelar esta autorización antes de que expire poniéndose en contacto con:

**El Oficial de Privacidad del Condado de San Luis Obispo:**

**2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401**

**O por correo e lectrnico a [privacy@co.slo.ca.us](mailto:privacy@co.slo.ca.us); O llamando a (855) 326-9623**

**Rechazo a Autorizar la Divulgación de Información de Facturación de SUD**

Al poner sus iniciales en la seccion "Rechazo a Autorizar la Divulgación de Información de Facturación de SUD," los pacientes aun podrán acceder y recibir la atención y los servicios habituales de

Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo, **EXCEPTO** que los pacientes asuman la responsabilidad financiera de los costos de tratamiento y servicios dentro de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo para sus trastornos por uso de sustancias.

Si la persona que recibe la atención es un menor de 12 años, entonces el padre o tutor legal reconoce haber leído y comprendido este documento y autoriza (consiente) dicha divulgación.

**Tanto el menor como el padre/ tutor legal deben firmar a continuación.**

Menores de 12 años o más pueden dar su consentimiento para el tratamiento y autorizar la divulgación de información sobre su tratamiento sin el permiso de los padres, en cuyo caso solo el menor debe firmar a continuación.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización (consentimiento)

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Imprimir nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_