

Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo Consentimiento para la divulgacion, uso e intercambio de Informacion confidencial para registros deciso

Apellido, Nombre, Mi: _____ MR#: _____

Ultimos cuatro digitos del numero de Seguro social: XXX-XX-____ Fecha de nacimiento: _____

Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para que mi expediente médico completo pueda ser recibido, compartido y divulgado entre el programa de Trastorno por Uso de Sustancias y Los siguiente(s) Proveedor(es) de tratamiento iniciado(s) debajo desde _____ (fecha) hasta _____ (fecha)

El registro médico legal incluye lo siguiente:

Admisión y alta de CalOMS, diagnósticos, cualquier evaluación, reevaluación o detección, resultados y pruebas de laboratorio y de drogas, resúmenes / planes de alta, planes de tratamiento, notas de progreso, incluidas notas de grupo y notas de progreso del médico, registros de asistencia, solicitudes de servicio, referencias, Exploraciones físicas, Justificación de la continuación del tratamiento.

Al poner mis iniciales, doy consentimiento para que solo ciertas partes, de mi expediente médico del programa de Trastorno por Uso de Sustancia pueda ser recibido, compartido y divulgado entre el Programa de Trastorno por Uso de Sustancia y el/los siguiente(s) Proveedor(es) de tratamiento iniciado(s) debajo (indique los detalles específicos):

El Programa de Sustancias de Salud Mental de San Luis Obispo no revelará nada fuera de nuestro programa de tratamiento, incluido el tratamiento o el pago. Si desea que lo divulguemos a cualquier persona ajena a su equipo de trastorno por uso de sustancias con fines de tratamiento o pago, debe dar su consentimiento por escrito.

Iniciales	Organizaciones	Iniciales	Organizaciones
	Condado de San Luis Obispo-Salud Mental		Asociacion Transicional de Salud Mental (TMHA):
	Sierra Mental Wellness Group		Otro:
	Family Care Network		Otro:
	Seneca Center		Otro:
	Child Development Center		Otro:
	Wilshire Foundation Community Services		Otro:
	Bryan's House		Otro:

Propósito y limitaciones para el uso o divulgación de la información

Entiendo que el propósito de la divulgación continua y el intercambio de mi información médica es permitir la coordinación de la atención entre los proveedores de tratamiento enumerados en este consentimiento.

Al poner sus iniciales, este consentimiento para recibir, compartir y divulgar:

- No caducará hasta el final del tratamiento. O**
- Expirará el (Ingrese la fecha que no exceda 1 año) o evento específico:**

- Doy mi consentimiento para el uso y / o divulgación de mi información médica identificable individualmente como se describe arriba para el propósito mencionado. Entiendo que no necesito firmar este consentimiento para recibir tratamiento, inscribirme en servicios o para el pago de mi atención médica. Si mi negativa a firmar afecta la capacidad del condado de San Luis Obispo para brindar servicios, el condado de San Luis Obispo intentará ofrecer servicios bajo otro programa.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento enviando una notificación firmada deteniendo el consentimiento a:
Oficial de privacidad del condado de San Luis Obispo: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo CA 93401
O por correo electrónico a privacy@co.slo.ca.us; o llame al (855) 326-9623
- El Aviso de prácticas de privacidad proporciona instrucciones si elijo revocar mi consentimiento e incluye limitaciones de mi revocación. Este consentimiento vence en la fecha o evento indicado a menos que se revoque antes y entiendo que es posible que alguna información ya haya sido divulgada antes de mi revocación.
- **PARTE 2: Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad según 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), 45 CFR Parte 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.**
- Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento.

Firma del Cliente: _____ Imprimir nombre: _____ Fecha: _____

Firma del representante: _____ Relación: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Imprimir nombre: _____ Fecha: _____