



Salud Y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Divulgación De Información De Programas Multipartidistas Con Participación Criminal y/o Ordenados Por Un Tribunal

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Autorización para la Divulgación de Información Médica Protegida

Al firmar este formulario a continuación, autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a una o más personas para los fines especificados en este formulario. Si estoy de acuerdo, entiendo que esto puede incluir información sobre cualquier tratamiento para el trastorno por uso de sustancias que haya recibido.

Revelar a/Obtener de

Nombre u otra identificación específica de las personas autorizadas para recibir/hacer el uso o la divulgación solicitada.

Revelar a Obtener de

Escriba sus iniciales para indicar a quién podemos divulgar su información o de quién podemos obtenerla:	
<input type="text"/>	Oficina del Fiscal de Distrito del Condado de SLO
<input type="text"/>	Personal de Custodia de la Cárcel del Condado de SLO
<input type="text"/>	Sheriff del Condado de SLO (Alguacil)
<input type="text"/>	Tribunal Superior del Condado de SLO
<input type="text"/>	Parole/Libertad Vigilada
<input type="text"/>	Probación/Libertad Condicional
<input type="text"/>	Abogados:
<input type="text"/>	Otro:

Objetivo de la Divulgación

Tratamiento/Coordinación de la atención
 Otro _____



Salud Y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Divulgación De Información De Programas Multipartidistas Con
Participación Criminal y/o Ordenados Por Un Tribunal

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

Método de entrega preferido

- Papel Correo electrónico encriptado Correo electrónico no encriptado
- Fax USB encriptado Entrega/Recogida en persona
- Otro: _____

Vencimiento

Si no hay nada marcado, la autorización caducará un (1) año a partir de la fecha de firma. Si desea especificar una fecha de vencimiento diferente, hágalo seleccionando una de las opciones a continuación

- Revelación por única vez 6 meses Un (1) año

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Información que se va a usar o divulgar

La información que se puede revelar bajo esta autorización incluye lo siguiente, si está disponible

Tipo: Salud mental (MH) Trastorno por abuso de sustancias (SUD) MH y SUD

- Todos los registros Aceptación del tratamiento
- Registros escolares/informes/IEP Información de admisión/hospitalización
- Informes de evaluaciones psicológicas Medicamentos recetados
- Resumen/plan del alta Revisión/resumen del progreso



Salud Y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Divulgación De Información De Programas Multipartidistas Con
Participación Criminal y/o Ordenados Por Un Tribunal

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

- Evaluaciones de selección Planes de tratamiento
- Notas sobre el progreso Otro _____
- Historial médico, resultados de laboratorio, registros de vacunación

Fecha de inicio de registros _____ Fecha de finalización de registros _____

Restricciones:

SOLO PROGRAMAS DE JUSTICIA- FAVOR DE PONER INICIALES SÓLO SI CORRESPONDE

Entiendo que si no firmo un consentimiento para la divulgación de mis registros al Programa de Justicia Penal que me exigía participar en un programa de tratamiento de Salud y Bienestar del Condado específico, Salud y Bienestar del Condado en su lugar me brindará servicios generales de tratamiento de salud conductual y puedo estar poniendo en peligro mi participación continua en un Programa de Justicia Penal que requiere mi participación en el tratamiento. Además, entiendo que, si doy mi consentimiento para la divulgación de mis registros a dicho Programa de Justicia Penal, dicho consentimiento permanecerá vigente y no podrá ser revocado por mí hasta que haya habido una terminación o revocación formal y efectiva de mi liberación de confinamiento, probation o libertad condicional u otro procedimiento bajo el cual se me ordenó recibir este tratamiento.



Salud Y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Divulgación De Información De Programas Multipartidistas Con Participación Criminal y/o Ordenados Por Un Tribunal

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

Términos

- Según las disposiciones de confidencialidad estatales y federales, sólo se puede divulgar la información especificada.
- Los destinatarios de mi información pueden revelarla a otros. Entiendo que, en algunos casos, es posible que mi información ya no esté sujeta a las leyes de privacidad una vez que se divulgue.
- • Tengo derecho a revocar este formulario en cualquier momento, excluyendo una revocación anticipada con respecto a un Programa de Justicia Penal, como se indicó anteriormente, comunicándome con la Agencia de Salud del Condado de San Luis Obispo. Entiendo que, si revoco, los destinatarios de mi información pueden conservar la información que recibieron sobre mí antes de la fecha de mi revocación.
- Esta autorización es voluntaria y negarme a firmarla no afectará mi capacidad para obtener atención médica, seguro médico o cualquier beneficio gubernamental. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas relacionadas con este documento.
- Tengo derecho a una copia de este formulario.

Firmar por un menor

Entiendo que, si firmo este formulario en nombre de un menor, debo incluir mi nombre como “representante legal” de mi hijo y que debo firmar este formulario. Si mi hijo tiene 12 años o más, mi hijo también debe firmar.

Al firmar, autorizo la divulgación como se describe anteriormente.



Salud Y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Divulgación De Información De Programas Multipartidistas Con
Participación Criminal y/o Ordenados Por Un Tribunal

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

Información de Contacto de la Agencia

Información Central Médica del Condado de San Luis Obispo al **805-781-4724**

Programa _____ A la atención de _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Copia Entregada al Cliente Sí Declinó una copia

Personal de la Agencia _____

ID verificada por Licencia de Conducir Otra ID con foto

Conocido Por La Agencia

Información sobre el tratamiento del VIH/SIDA y el abuso de sustancias-

La información sobre el estado del VIH/SIDA y el tratamiento por abuso de sustancias no se divulgará sin su permiso específico. ¿Autoriza estas divulgaciones de información a la persona/organización mencionada anteriormente?

Abuso de Alcohol/Drogas:

Autorizo la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol o drogas.



Salud Y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Divulgación De Información De Programas Multipartidistas Con Participación Criminal y/o Ordenados Por Un Tribunal

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

VIH/SIDA/Enfermedades de Transmisión Sexual/Enfermedades Contagiosas

Autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con el VIH/SIDA/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

Firma de Cliente _____

Fecha _____

Firma del Padre / Tutor/
Representante Legal _____

Fecha _____

Relación _____

Firma del personal _____

Fecha _____