



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

**General**

**Autorización para la revelación 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 a recibir/hacer el uso o revelación solicitados.

Organización/Proveedor     Contacto     Revelar a     Obtener de

Revelar a/Obtener de \_\_\_\_\_

**Objetivo de la revelación**

Procesar reclamos de seguros/de terceros     Coordinación de la atención  
 Mejora de la calidad     Otro \_\_\_\_\_

**Método de entrega preferido**

Papel     Correo electrónico encriptado     Correo electrónico no encriptado  
 Fax     USB encriptado     Entrega/Recogida en persona  
 Otro: \_\_\_\_\_



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

**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 o utilizando el cuadro "fecha de finalización" a continuación.

Revelación por 1 vez     6 meses

**Fecha de inicio** \_\_\_\_\_ **Fecha de finalización** \_\_\_\_\_

**Información que se va a usar o divulgar**

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

Tipo:     MH     SUD

Todo registro     Reconocimiento de tratamiento     Medicamentos recetados

Información de las facturas o del seguro     Información de admisión/ingreso

Informes de evaluaciones psicológicas     Resumen/plan del alta

Revisión/Resumen del progreso     Evaluación(es) de detección

Expedientes escolares/Informes/IEP     Plan de tratamiento     Notas progreso

Historia médica, resultados de laboratorio, registros de vacunación

Otro \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de registros \_\_\_\_\_ Fecha de finalización de registros \_\_\_\_\_



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

## Restricciones

---

---

---

## Términos

### Entiendo que:

- 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.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero la revocación no se aplicará a la información que haya sido divulgada previamente.
- Si no se especifica lo contrario, esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma.
- 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.

### Firma en nombre de 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  
**Revelación de Información**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ ID del Cliente \_\_\_\_\_

**Información de contacto de la agencia**

Programa \_\_\_\_\_ A la atención de \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Se le dio una copia al paciente  Sí  Rechazó la copia

Personal de la agencia \_\_\_\_\_

Id. verificada por:  Licencia de conducir  Otra identificación 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 y drogas.

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

**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.



Salud y Bienestar del condado de San Luis Obispo  
**Revelación de Información**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **ID del Cliente** \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Firma del personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_