



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Revelación De Información Entre Varias Partes

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

General

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 revelación solicitados.

☐

Revelar a

☐

Obtener de

Escriba sus iniciales para indicar a quién podemos revelar su información o de quién podemos obtenerla:

☐	Abogado del Condado de SLO	☐	Libertad Condicional/Parole
☐	Oficina del Fiscal de Distrito del Condado de SLO	☐	Farmacia
☐	Personal de Custodia de la Cárcel del Condado de SLO	☐	Probación
☐	Sheriff del Condado de SLO (alguacil)	☐	Escuela
☐	Tribunal Superior del Condado de SLO	☐	Fiscalía Municipal de SLO
☐	Servicios Sociales del Condado de SLO	☐	Departamento de Policía de SLO
☐	Asociación de Salud Mental de Transición	☐	Ambientes de Vida Sobrios
☐	Coalición de Cinco Ciudades Para Personas Sin Hogar	☐	Centro Regional Tri-Counties
☐	CAPSLO Direct SVCS/Educación Para Padres	☐	Oficial de servicio de Veteranos
☐	Defensores Especiales Designados Por el Tribunal (CASA)	☐	Pruebas de drogas/Laboratorio
☐	Miembros de Familia (especifique):	☐	Abogado(s):
☐	Padre Adoptivo:	☐	Otro:
☐	Otro:	☐	Otro:
☐	Otro:	☐	Otro:



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Revelación De Información Entre Varias Partes

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

Objetivo de la Revelación

☐ Coordinación de la Atención ☐ Otro _____

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 revelar

La información que se puede revelar según 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
☐ Evaluaciones de selección ☐ Planes de tratamiento
☐ Notas sobre el progreso ☐ Otro _____
☐ Historial médico, resultados de laboratorio, registros de vacunación



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo Revelación De Información Entre Varias Partes

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

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

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



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Revelación De Información Entre Varias Partes

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

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.

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?



Salud y Bienestar Del Condado De San Luis Obispo
Revelación De Información Entre Varias Partes

Nombre del Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ ID del Cliente _____

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.

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 _____