



CONDADO DE PLACER
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Información de Identificación del Paciente/Cliente		
APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ¹ :	FECHA DE NACIMIENTO:	NÚMERO DE CASO:
NÚMERO DE AVATAR ¹ :		

Persona/Organización Que Proporciona la Información <i>[45 C.F.R. § 164.508(c)(ii) & Civ. Code § 56.11(c)]</i>	Persona/Organización Que Recibe la Información <i>[45 C.F.R. § 164.508(c)(iii) & Civ. Code § 56.11(f)]</i>
NOMBRE:	NOMBRE:
MARQUE AQUI SI ES PROVEEDOR 42 CFR PART 2 ²	
DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN:
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO: FAX:	TELÉFONO : FAX:

Descripción Detallada de Qué Tipo de Información será Divulgada <i>[45 C.F.R. § 164.508(c)(i) & Civ. Code § 56.11(d) & (g)]</i>	
<input type="checkbox"/> Registro Completo	<input type="checkbox"/> Diagnóstico (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Sólo los Registros Médicos	<input type="checkbox"/> Asistencia al Tratamiento/Participación
<input type="checkbox"/> Historial Social/Médico/Legal	<input type="checkbox"/> Información de Restricción de Aislamiento
<input type="checkbox"/> Sólo Registros de Vacunación	<input type="checkbox"/> Notas de Psicoterapia
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Salud Mental hx	<input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento Individual
<input type="checkbox"/> Servicios de Tratamiento de Uso de Sustancias hx (Descripción detallada requerida-42CFR Part 2)	<input type="checkbox"/> Resultado de la Evaluación (especifique, ej.: biosocial, psicológico, psiquiátrico):
<input type="checkbox"/> Resultados de Prueba/Análisis (especifique, ej.: Rayos X, ECG, laboratorios, psicológico, análisis de orina):	<input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique):

¹ Este no es un campo obligatorio

² Cualquier proveedor que sea 42 CFR Part 2 proveedores, los que se sostienen o cuya función principal es la provisión de diagnóstico de trastornos por uso de sustancias, tratamiento o referencia para tratamiento debe indentificarse expresamente.

Nombre del Paciente/Cliente: _____ AVATAR/Número de Caso: _____

Fechas Relevantes del Tratamiento que se Divulgarán, si se conocen:

En la medida en que sea aplicable, entiendo que mi registro médico puede contener información que la ley considera delicada. Mi(s) marca(s) de selección a continuación indican(s) que **NO** permito que este tipo de información, si existe, sea divulgada. Entiendo que si no marco la casilla, este tipo de información se dará a conocer si existe.

- Salud Mental Abuso de Sustancias VIH/SIDA Prueba Genética
 Enfermedad de Transmisión Sexual

Divulgación:

La Información Será Divulgada: Verbalmente Registros Enviados Ambos

Descripción Detallada de cómo se usará la información:

(Ejemplos: Evaluación; Monitoreo del Progreso o Participación; Planeación del Tratamiento/Administración de Casos; Servicios de Evaluación; Solicitud del Paciente/Cliente)/45 C.F.R. §164.508(c)(iv)]

Esta *Autorización* vencerá el (debe especificar una fecha): _____ (*fecha)

* Si no se proporciona una fecha, este ADI caducará automáticamente en 12 meses a partir de la fecha de la firma [45 C.F.R. 164.508(c)(v) & Civ. Code § 56.11(h)]

Entiendo mis derechos:

- Autorizo la divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente para los fines enumerados. Esta *Autorización* es voluntaria, ya que entiendo que mi información de salud está protegida por las regulaciones de privacidad federales y estatales, y no puede divulgarse sin mi consentimiento, salvo que la ley disponga específicamente lo contrario. [45 CFR § 164.508(c)(2)(i)]
- Tengo derecho a revocar esta *Autorización* y entiendo que mi revocación debe presentarse por escrito al proveedor de esta información mencionada anteriormente. La *Autorización* se detendrá en la fecha en que se reciba mi solicitud, a excepción de la información divulgada previamente y dicha información puede volverse a divulgar por el destinatario porque ya no está protegida por la ley federal, o si esta *Autorización* se obtuvo como condición de cobertura de seguro, inscripción o elegibilidad. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(ii) & Civ. Code § 56.11(h)]
- Entiendo que el *Aviso de Prácticas de Privacidad* proporciona instrucciones, en caso de que decida revocar mi *Autorización*. [45 C.F.R. § 164.508(c)(ii)]
- Entiendo que estoy firmando esta *Autorización* voluntariamente y que el tratamiento, el pago o la elegibilidad para mis beneficios no se verán afectados si no firmo esta *Autorización* a menos que mi tratamiento, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios estén condicionados a que yo firme la *Autorización*. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(ii)]
- Entiendo que si la organización a la que autoricé para recibir la información no es un plan de salud o un proveedor médico, la información divulgada ya no puede ser protegida por las regulaciones federales de privacidad. [45 C.F.R. § 164.508(c)(2)(iii)]
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta *Autorización*.

Firma del Paciente/Cliente:	Fecha:
-----------------------------	--------

La Fotocopia de esta *Autorización* tendrá el mismo significado que el original.

Firma del Padre, Tutor, Custodio o Representante Legal (indique la relación)	Fecha:
---	--------