

Autorización para Intercambiar Información de Salud Protegida

La información abajo identificada, se refiere al siguiente cliente:

Nombre (escriba su nombre, iniciales y apellido):	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):
---	---------------------------------------

Por la presente autorizo a:

Servicios de la Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación – Condado de Marín	
Departamento de Salud y Servicios Humanos	Teléfono: (415) 473-6835
250 Bon Air Road, Unit B, Greenbrae, CA 94904	Fax: (415) 473-4113
Contacto: Custodio de Registros Médicos	

Para intercambiar información con:

Nombre de la Agencia, Persona, o Proveedor de Atención de la Salud:		
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de teléfono:	Número de Fax:	Nombre de contacto (Si lo sabe)

PROPÓSITO: La información solo podrá ser utilizada por la siguiente razón(es):

<input type="checkbox"/> Para la continuidad de cuidado	<input type="checkbox"/> A petición del cliente
<input type="checkbox"/> Para planeación de tratamiento/Administración de casos	
<input type="checkbox"/> Otros _____	

INFORMACIÓN: La siguiente información es necesaria: *Importante: Complete, ponga sus iniciales, o firma y fecha según sea necesario.*

Registros solicitados:	
Registros [Fecha(s)]: De _____ A _____	
<input type="checkbox"/> Solo Comunicación verbal _____ (nombre y número de teléfono)	
INFORMACIÓN QUE SERÁ ENTREGADA: Esto es una autorización de <u>divulgación completa</u> del cuidado de la salud la cual incluye todo reconocimiento médico, quirúrgico, enfermedades transmisibles, y salud mental. Este consentimiento también autoriza la divulgación de resultados de HIV, si lo hay. Estos registros pueden ser revelados a menos que usted específicamente los excluya a continuación.	
<i>El cliente Excluye la liberación de la siguiente información:</i>	
Por favor escriba sus iniciales en la información que usted NO quiere que sea liberada:	
Excluir Tratamiento de Salud Mental	_____ (Iniciales/fecha)
Excluir Resultados de la prueba del HIV	_____ (Iniciales/fecha)
Excluir Otros _____	_____ (Iniciales/fecha)



Nombre (<i>escriba su nombre, iniciales y apellido</i>):	Fecha de Nacimiento (<i>mes/día/año</i>):
--	--

REUTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Yo entiendo que si autorizo la liberación de mi información de salud a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencialmente, esa información puede ser compartida con otros y podrá no estar protegida. Yo entiendo que la información de salud y de salud mental liberada conforme a esta Autorización podría ser reutilizada por el que la recibe. Esta reutilización en algunos casos no está protegida por la Ley de California y puede ya no estar protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA).

CONDICIONES: Entiendo que no tengo que firmar este formulario de Autorización. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios no serán basados en mi firma o al negarme en firmar esta autorización. Sin embargo tengo entendido, que al negarme a autorizar específica información, puede afectar mi facilidad para participar en ciertos programas. Tengo el derecho de recibir copia de esta autorización.

DERECHO A RETRACTARSE DE LA AUTORIZACIÓN: Entiendo que tengo el derecho de retirar mi autorización. Si me retracto de mi autorización, tengo que notificar al Condado por escrito a la siguiente dirección:

**Behavioral Health and Recovery Services
Department of Health and Human Services,
250 Bon Air Road, Unit B.
Greenbrae, CA 94904.
Attention: Custodian of Medical Records**

Mi revocación tomará efecto a partir de la fecha recibida, excepto en la medida que otros han actuado basándose en esta autorización.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en efecto a partir de _____ (escriba la fecha). Si no escribo la fecha, esta autorización permanecerá en efecto durante un año a partir de la fecha de mi firma.



Firma (Cliente o Representante según sea apropiado)*:	Fecha (<i>mes/día/año</i>):
<p>* Si la forma es firmada por una persona distinta al cliente, escriba la relación con el cliente, Nombre (<i>letra de molde</i>): _____ Relación: _____</p>	
Nombre del representante del condado que reciba este formulario (<i>Letra de molde</i>):	Fecha (<i>mes/día/año</i>):