



AUTORIZACIÓN PARA USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

El completar este documento autoriza la revelación y/o el uso de información de salud individualmente identificable, como se indica abajo, de acuerdo a la ley de California y la ley federal con respecto a la privacidad de tal información. **El no proporcionar toda la información marcada con un asterisco (*) puede invalidar esta autorización.**

Nombre del Cliente*: _____ **Fecha de Nacimiento*:** _____

Yo autorizo a* _____ que revele (Nombre, título y dirección de la persona u organización)

información obtenida en el curso de mi diagnóstico y tratamiento para el **propósito de:** * _____ y se limitará a los tipos siguientes de información -- reconozco que si revelo la información de mi salud a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla en confidencia, se podría poder volver a revelar y no estar protegida. La ley de California requiere que los recipientes se refrenen de volver a divulgar tal información a menos que sea con mi autorización escrita o como específicamente lo requiera la ley.

- Resumen de Alta
- Evaluación
- Plan Anual de Cuidado
- Ordenes Médicas
- Notas de Progreso
- Otro (Especifique) _____
- Resultados de Pruebas del Laboratorio
- Resultados de Pruebas Psicológicas o Vocacionales
- Evaluación Educativa e Informes de Conducta (inclusive la observación escolar y pruebas educativas)
- Tratamiento de Abuso de Substancias

Envíe a*: _____ (Nombre, título, y dirección de persona u organización autorizada para *recibir* la información)

Mis Derechos: Entiendo que el autorizar la revelación de esta información de salud es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser por escrito, firmada por mí o a nombre de alguien con la autoridad legal para hacer hacerlo y entregada a CBHS u otra instalación. Mi revocación será efectiva al recibirse, pero no será efectiva hasta el punto que CBHS pueda haber actuado en dependencia de esta autorización antes de su revocación. Tengo derecho de obtener una copia de esta autorización. No se me puede negar tratamiento, pago, matriculación en un plan de salud, o la elegibilidad para beneficios si me rehúso a firmar.

Vencimiento*: Esta autorización se vencerá automáticamente en 90 días de la fecha de su ejecución a menos que una fecha o acontecimiento finales diferente se especifique: _____ **o inmediatamente en su cumplimiento.** (fecha/acontecimiento)

* _____
Fecha * _____
Firma (Cliente/Paciente/Padre/Tutor/Conservador) _____
Relación si no es el Cliente o Paciente

_____ se usó Intérprete _____
Testigo (Requerido si el Cliente/Paciente incapaz de firmar)

Notas:
Se requiere una autorización por separado para autorizar la revelación o el uso de **notas de psicoterapia.**
Si esta autorización es para la revelación de información de **abuso de sustancias**, se le puede prohibir al recipiente revelar la información bajo 42 C.F.R. parte 2.