



Consentimiento Para la Divulgación, el Uso y el Intercambio de Información Confidencial Para el Consentimiento Multipropósito

Apellido, Nombre, Inicial de Segundo Nombre: _____ MR#: _____

Últimos 4 dígitos de SSN: XXX-XX-_____ Fecha de Nacimiento: _____

Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para que mi **registro médico completo** pueda ser Recibido, Compartido y Divulgado desde mi Información de Salud del Programa de Trastorno por Uso de Sustancias, a los siguientes proveedores que no son del Programa de Prevención y Tratamiento Para el Manejo Bajo la Influencia (DUI) de

_____ (Fecha) a

_____ (Fecha)

El expediente médico legal incluye lo siguiente:

Información de inscripción, cualquier ingreso, resultados de pruebas de laboratorio y de drogas, información de pago, notas de progreso, incluyendo notas de grupo, registros de asistencia, solicitudes de servicio, referencias, estado del programa, información de terminación.

Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para que **solo se compartan ciertas partes** de mi expediente médico de Información de salud del Programa de trastornos por uso de sustancias (Indique los detalles):



AGENCIA DE SALUD DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SALUD & BIENESTAR
Programa de Conducir Bajo la Influencia de Alcohol & Drogas

Departamento de Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo -Programa DUI, solo revelará a quién le ha dado su consentimiento por escrito:

Iniciales	Organizaciones	Iniciales	Organizaciones
	Servicios de Prevención y Tratamiento de Alcohol y Drogas del Condado de San Luis Obispo		Otro:
	Salud Mental del Condado de San Luis Obispo		Otro:
	Departamento de Servicios Sociales		Otro:
	Corte Superior		Otro:
	Laboratorios de Pruebas		Otro:
	Departamento de Motores y Vehículos (DMV)		Otro:
	CAPSLO Direct SVCS/Educación para Padres		Otro:
	Centro Regional Tri-Counties		Otro:
	Probación		Otro:
	Parole		Otro:
	Abogado(s):		Otro:
	Abogado(s):		Otro:
	Miembro(s) de familia:		Otro:
	Miembro(s) de familia:		Otro:
	Oficial de Servicios de Veteranos		Otro:
	Instalaciones de tratamiento residencial		Otro:
	Residencias de recuperación		Otro:



AGENCIA DE SALUD DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SALUD & BIENESTAR
Programa de Conducir Bajo la Influencia de Alcohol & Drogas

Propósito y Limitaciones para el Uso o Divulgación de la Información

Entiendo que el propósito de la divulgación y el intercambio continuos de mi información de salud es para

permitir la coordinación de la atención/participación en el programa de DUI/referencias entre cualquier proveedor del programa que no sea de DUI enumerado en este consentimiento.

Al poner mis iniciales en este Consentimiento para recibir, compartir y divulgar: No caducará hasta el final de mi programa de DUI

O

Caducará el (Ingrese la fecha que no exceda 1 año) o evento específico:

- Doy mi consentimiento para el uso y/o divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe arriba para el propósito indicado. Entiendo que no necesito firmar este consentimiento para recibir servicios del programa DUI, inscribirme en servicios o para el pago de mi programa DUI. Si mi negativa a firmar afecta la capacidad del Condado de San Luis Obispo para brindar servicios, el Condado de San Luis Obispo intentará ofrecer servicios bajo otro programa.
- Tengo derecho a revocar este consentimiento enviando una notificación firmada deteniendo el consentimiento a: Oficial de Privacidad del Condado de SLO: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401
 - O por correo electrónico a privacy@co.slo.ca.us o llamar al (855) 326-9623.
- El Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona instrucciones si elijo revocar mi consentimiento e incluye limitaciones de mi revocación. Este consentimiento vence en la fecha o evento indicado a menos que se revoque antes y entiendo que es posible que ya se haya divulgado cierta información antes de mi revocación.
- PARTE 2: Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias están protegidos por las normas Federales que rigen la confidencialidad según 42 C.F.R Parte 2, y la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R Partes 160 y 164 y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.
- Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento.

Firma de Cliente: _____ **Imprima Nombre:** _____ **Fecha:** _____

Firma de Personal: _____ **Imprima Nombre:** _____ **Fecha:** _____