

**Departamento de Salud del Condado de San Luis Obispo
Consentimiento para la divulgación, uso e intercambio de
Información confidencial para el consentimiento de la Justicia Penal**

Apellido, Nombre, Mi:

MR#:

Últimos cuatro dígitos del número de Seguro social: XXX-XX-___

Fecha de nacimiento:

Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para que todo mi registro médico pueda ser recibido, compartido y Divulgado de mi Información de salud del Programa de Salud Conductual a los siguientes Proveedores de tratamiento / no tratamiento.

El registro médico legal incluye lo siguiente:

Admisión y alta de CalOMS, diagnósticos, cualquier evaluación, reevaluación o detección, resultados y pruebas de laboratorio y de drogas, resúmenes / planes de alta, planes de tratamiento, notas de progreso, incluidas notas de grupo y notas de progreso del médico, registros de asistencia, solicitudes de servicio, referencias, exploraciones físicas, y justificación de la continuación del tratamiento.

Al poner mis iniciales, doy mi consentimiento para solo ciertas partes de mi Programa de Salud Conductual. La siguiente información médica del historial clínico se puede compartir (indique los detalles): _____

El Programa de Sustancias y de Salud Mental de San Luis Obispo solo revelará a quién usted ha dado su consentimiento por escrito.

Iniciales	Organizaciones	Iniciales	Organizaciones
	Departamento de Servicios Sociales		Bryan's House Recovery Home, Inc.
	Departamento de Sheriff (Bailiff)		Instalaciones de tratamiento residencial
	Condado de San Luis Obispo- Departamento del consejo		Residencias de recuperación
	Condado de San Luis Obispo- Corte Superior		Defensores especiales designados por el tribunal (CASA)
	Laboratorios de pruebas		Abogados:
	Escuela		Miembros de la familia:
	CAPSLO Direct SVCS / Educación para padres		Oficial de servicios para veteranos:
	Tri-Counties Regional Center		Padres adoptivos (Foster Parent):
	Departamento de libertad condicional (Probación)		Transitions MH Assoc (TMHA)
	Departamento de libertad condicional (Parole)		Otro:

	Condado de San Luis Obispo- Departamento de Salud Mental		Otro:
	Sierra Mental Wellness Group		Otro:
	Family Care Network, Inc.		Otro:
	Seneca Center		Otro:
	Child Development Center		Otro:
	Wilshire Foundation Community Services		Otro:

Propósito y limitaciones para el uso o divulgación de la información

Entiendo que el propósito de la divulgación continua y el intercambio de mi información de salud es permitir la coordinación de la atención / referencias entre cualquier tratamiento o proveedores que no sean de tratamiento listados en este consentimiento.

Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor y no podrá ser revocado por mí hasta que haya una terminación o revocación formal y efectiva de mi liberación para confinamiento, libertad condicional o libertad condicional, u otro procedimiento bajo el cual se me ordenó recibir tratamiento. Entiendo que, en general, el Programa de Salud Conductual del Condado de San Luis Obispo no puede condicionar mi tratamiento a si firmo un formulario de consentimiento, pero en ciertas circunstancias limitadas se me puede negar el tratamiento si no firmo un formulario de consentimiento.

Oficial de privacidad del condado: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA 93401
Correo electrónico a privacy@co.slo.ca.us; o llame al (855) 326-9623

- Doy mi consentimiento para el uso y / o divulgación de mi información médica identificable individualmente como se describe arriba para el propósito mencionado. Entiendo que no necesito firmar este consentimiento para recibir tratamiento, inscribirme en servicios o para el pago de mi atención médica. 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.
- PARTE 2: Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad según 42 CFR Parte 2, y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA), 45 CFR Parte 160 y 164, y no se pueden divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.
- Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento.

Firma del cliente: _____ Imprimir nombre: _____ Fecha: _____

Firma del representante: _____ Relación: _____
Fecha: _____

Firma del personal: _____ Imprimir nombre: _____ Fecha: _____