



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de Información

Nombre del Paciente _____ ID del Paciente _____

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER/REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

General

Los Servicios de Salud y Bienestar del Condado cumplen todas las leyes federales y estatales de confidencialidad, incluyendo HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) y la Parte 2 de 42 C.F.R. Firmando esta autorización, reconozco, acepto y estoy de acuerdo. Esta información le ha sido revelada a partir de registros en los que la ley federal protege la confidencialidad. Las Reglamentaciones Federales (42 CFE Parte 2) prohíben que el destinatario haga más revelaciones sin el consentimiento específico por escrito de la persona con la que se relaciona o salvo que las reglamentaciones de SUD permitan lo contrario. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. La información revelada bajo la Parte 2 de 42 C.F.R. no se puede usar para investigar penalmente o enjuiciar a ningún paciente con SUD, excepto según lo dispuesto en la Sección 42 de CFR.

Revelar a/Obtener de

Nombre u otra identificación específica de las personas autorizadas para recibir/hacer el uso o revelación solicitada.

Organización/Proveedor Contacto Revelar a Obtener de

Revelar a/Obtener de _____

Tipo de contacto Organización/Proveedor Contacto personal

Objetivo de la Revelación

Procesar reclamos de seguros/de terceros (Solo referimientos por abuso de sustancias)

Coordinación de la atención

HIE (Intercambio de información médica)

Otro _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información

Nombre del paciente _____ ID del paciente _____

Vencimiento

Si no hay nada marcado: un (1) año a partir de la fecha de la firma

Revelación por 1 vez 6 meses Fin del tratamiento de la agencia

Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Información que se va a usar o revelar

La información que se puede revelar según esta autorización incluye lo siguiente, si está disponible

Tipo de ROI: General MH SUD

Todos los registros Reconocimiento del tratamiento Facturación O información del

seguro Información de admisión/ingreso Informes de evaluaciones psicológicas

Medicamentos recetados Resumen/plan de alta Revisión de progreso/Resumen de

evaluaciones de control Documentos de elegibilidad de AAPS Registros

escolares/Informes/IEP Historia médica, resultados de laboratorio, registros de inmunización

Planes de tratamiento Notas de evolución Documentos legales Otros _____

Fecha de inicio de los registros _____ Fecha de finalización de los registros _____

Restricciones



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información

Nombre del paciente _____ ID del paciente _____

Términos

- Según las disposiciones de confidencialidad estatales y federales, solo se puede revelar la información especificada.
- Los Servicios de Salud y Bienestar del Condado no pueden asegurarse de que el destinatario mantendrá la confidencialidad de la información de salud mental o de SUD autorizada y revelada. Si la persona u organización que obtiene esta información no es un proveedor de atención médica, un plan médico, ni está cubierto por las reglamentaciones federales de privacidad, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad, incluyendo la Parte 2 de 42 C.F.R. y podría volver a revelarse.
- Esta autorización se respetará, a menos que se revoque por escrito. La revocación puede hacerse en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya hecho algo.
- Las personas u organizaciones no pueden volver a revelar información sobre el tratamiento por abuso de sustancias.
- Esta autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma, o 90 días a partir de la fecha de baja de la agencia, a menos que se seleccione uno de los siguientes. 30 días, 60 días, 90 días.
- Esta autorización es voluntaria. Me dieron la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas relacionadas con este documento.
- Los Servicios de Salud y Bienestar del Condado pueden darme una lista de entidades a las que se ha revelado mi información.

Marcando estas casillas, acepto que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.

- AVISO AL PACIENTE: Firmar este formulario es voluntario y no es obligatorio para recibir servicios de los Servicios de Salud y Bienestar del Condado. Entiendo.



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información

Nombre del paciente _____ ID del paciente _____

ACCESO A MI EXPEDIENTE: Entiendo que puedo solicitar una copia de mi expediente. Esta solicitud será revisada y aprobada por mi terapeuta. Entiendo que también puedo revisar mi expediente con mi terapeuta haciendo una cita. Esta solicitud puede tardar 30 días en completarse y se aplicarán cargos.

Información de contacto de la agencia

Información Médica Central del Condado de San Luis Obispo al **805-781-4724**

Programas en los que participó (*escriba el programa*) _____

Tenga en cuenta:

Los registros revelados pueden contener información sobre abuso de alcohol y drogas o información sobre el Síndrome de inmunodeficiencia humana (Sida) y el Complejo relacionado con el sida (ARC).

Abuso de Alcohol/drogas:

Autorizo la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con la remisión o el tratamiento por abuso de alcohol y drogas.

VIH/Sida/Enfermedades de transmisión sexual/Enfermedades contagiosas

Autorizo la revelación de información relacionada con el VIH/Sida/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

PROHÍBO la revelación de información relacionada con el VIH/Sida/enfermedades de transmisión sexual/enfermedades contagiosas.

Copia entregada al paciente Sí Rechazó la copia Personal de la agencia _____

Identificación verificada por licencia de conducir otra identificación con foto conocido de la agencia



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Revelación de información

Nombre del paciente _____ ID del paciente _____

Firma del paciente _____

Fecha _____

Firma del padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Relación _____

Firma del personal _____

Fecha _____