

Servicios de Salud Mental del Condado de Lake
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL

Nombre del Cliente:	Fecha de Nacimiento del Cliente:
Nombre del Padre/Madre/Tutor (si corresponde):	

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

Por lo presente autorizo a los Servicios de Salud Mental del Condado de Lake (LCBHS) a compartir (dar y/o recibir) la siguiente información médica protegida, información personal u otra información confidencial (llamada "PHI") sobre mi:

INICIALE los tipos de PHI que desea compartir

Pertenece a: Salud Mental (MH) Trastorno por Uso de Sustancias (SUD)

- Expediente completo (excluyendo notas de psicoterapia)
- Comprobación de tratamiento y condición de cliente
- Cumplimiento en el tratamiento, incluida la asistencia, el progreso, las infracciones o las acciones disciplinarias y la participación
- Información de evaluación, incluido el diagnóstica y la información histórica
- Evaluación psiquiátrica
- Medicamentos
- Plan de Tratamiento Individual
- Registros de Vacunación
- Registros de tuberculosis
- Estado de VIH/SIDA
- Información medica/de salud, incluidos diagnósticos de salud, tratamientos, recetas, etc.
- Resultados de la prueba de embarazo
- Información Legal
- Resultados de pruebas médicas/de laboratorio
- Resumen de alta/información/plan de apoyo
- Otro (*describa en detalle*): _____

PROVEEDORES/ORGANIZACIONES/AGENCIAS AUTORIZADOS

Autorizo a LCBHS a compartir (dar y/o recibir) información a/de las siguientes partes:

INICIALE los proveedores, organizaciones y/o agencias que pueden compartir su PHI

Programa de Salud Mental de LCBHS Programa de Trastorno por Uso de Sustancias de LCBHS

Proveedor de Atención Médica / Hospital / Proveedor Dental:

Adventist Health Clear Lake Sutter Lakeside Hospital

Otro: _____

Farmacia:

CVS Rite Aid Walmart

Otro: _____

Otras Agencias/Organizaciones (para la divulgación de datos SUD, proporcione el nombre de contacto, como se indica):

Libertad Condicional (Nombre de contacto: _____)

- _____ Corte Superior de California, Condado de Lake (*Nombre de contacto:* _____)
- _____ Fiscal de Distrito (*Nombre de contacto:* _____)
- _____ Cumplimiento de la Ley (*Nombre de contacto:* _____)
- _____ Personal del Programa de Beneficios (Medí-Cal, WIC, CalWORKS, etc.)
(*Nombre de contacto:* _____)
- _____ Servicios Sociales/Servicios de Protección para Adultos/Servicios de Bienestar Infantil
(*Nombre de contacto:* _____)
- _____ Escuela(s) (especifique): _____
(*Nombre de contacto:* _____)
- _____ Otra Agencia/Organización: _____
(*Nombre de contacto:* _____)
- _____ Otro: _____
(*Nombre de contacto:* _____)

OBJETIVO

Autorizo compartir mi PHI para los siguientes propósitos:

- Evaluación Planificación de Tratamiento Coordinación de Servicios y/o referencias
- Verificación del cumplimiento del plan de tratamiento u orden judicial
- Otro: _____

Limitaciones, si las hay: _____

RECONOCIMIENTOS Y FIRMAS

Al firmar esta autorización:

- Autorizo el uso o divulgación de mi información de salud protegida e información confidencial como se describe anteriormente para los fines mencionados. Entiendo que el tratamiento el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios NO estarán condicionados a que yo firme esta divulgación de información.
- Entiendo que esta divulgación de información revelara el hecho de que yo (o mi hijo) estamos recibiendo servicios de salud mental de LCBHS.
- Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito a LCBHS en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado la acción. Entiendo que los destinatarios no pueden Volver a divulgar los registros de tratamiento de uso de sustancias a menos que obtengan otra autorización directamente de mí, o a menos que la ley permita la nueva divulgación. 42 CFR parte 2 prohíbe la divulgación no autorizada de estos datos.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Reconozco que he recibido una copia de esta autorización, o al poner mis iniciales, me niego a recibir una copia:
Iniciales del cliente para rechazar una copia _____
- A menos que se revoque antes, entiendo que este comunicado permanecerá en efecto durante un (1) ano a partir de la fecha de la firma, o hasta (*especifique fecha o condición*): _____

Firma del Cliente:	Fecha:
Firma del padre/tutor/conservador (si corresponde):	Fecha:
Nombre de la persona que obtiene la liberación:	
Firma de la persona que obtiene la liberación:	Fecha: