

1	1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060 Teléfono: (831) 454-4170 Fax: (831) 454-4663	 <p>CONDADO DE SANTA CRUZ <b>Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias</b> PARA NIÑOS Y ADULTOS</p>	1430 Freedom Blvd. Ste F, Watsonville, CA 95076 Teléfono: (831) 454-4170 Fax: (831) 454-4663
Nombre Legal de Cliente:		Número de Avatar:	
Apodo/Nombre de Alias:		Fecha de Nacimiento:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

2 **SOLICITUD DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE SALUD a TERCEROS**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del cliente o representante legal) autorizo a los **Servicios de Salud Mental y Tratamiento del Uso de Sustancias del Condado de Santa Cruz** a enviar registros médicos específicos a: Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

3 **PROPÓSITO DE DIVULGAR REGISTROS:**  Solicitud de Cliente  Planificación del Tratamiento  
 Coordinación de Cuidados  Otro (especifique la razón: \_\_\_\_\_)

4 Permiso que esta información sensible sea compartida: [favor de marque las Casillas apropiadas]:  
 Tratamiento de Salud Mental: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
 Tratamiento del Uso de Sustancias: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ **[Requerida]**

5 **REGISTROS QUE SE DIVULGARÁN: [Marque todas las casillas correspondientes o se excluirán]:**  
 Diagnóstico  Evaluación  Plan de Tratamiento  Notas Generales de Progreso  
 Lista de Medicamentos  Notas de Progreso de Psiquiatría  Planificación del Tratamiento / Descarga  
 Información sobre Tratamiento del Uso de Sustancias (Iniciales **Requeridas**): \_\_\_\_\_  
 Resultados o referencias de la prueba del VIH / SIDA (Iniciales **Requeridas**): \_\_\_\_\_  
 Otro (explicar): \_\_\_\_\_

6 **MANERA DE DIVULGAR REGISTROS de SALUD MENTAL y USO de SUSTANCIAS:**  
 Fax  Correo Postal  Correo Electrónico Cifrado  Recoger en Persona

**VENCIMIENTO:** La autorización vence después de que se divulgaran los registros (a más tardar 15 días hábiles de la fecha de la firma). Las futuras solicitudes de divulgación de registros requieren una nueva solicitud autorizada.

7 **MIS DERECHOS DE CLIENTE: (1)** Puedo rehusar a firmar esta autorización y no se divulgarán registros. Mi rechazo a firmar este documento no afectará mis posibilidades de obtener tratamiento o ser eligible para obtener beneficios. **(2)** Los registros del uso de sustancias están protegidos por las reglas federales de confidencialidad (**42 CFR Parte 2 y la Ley CARES**), **CARES ACT** autoriza la nueva divulgación. **(3)** Los expedientes médicos proporcionados a alguien que no esté cubierto por las leyes de confidencialidad de **HIPAA** (como un amigo de la familia) pueden dar lugar a que esa persona vuelva a divulgar información a otra persona. **(4)** Puedo revocar esta autorización en cualquier momento antes de la divulgación de los registros. La revocación deberá ser por escrito y enviada a: Quality Improvement, Medical Records, 1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060 para activar una fecha de revocación efectiva. **(5)** Tengo derecho de recibir una copia de esta autorización y me han ofrecido una copia. \_\_\_\_\_ (iniciales).

**[PARA el personal de Salud Mental para Niños (CBH) (propiedad menor):** Mi firma a continuación confirma que he evaluado a este menor de 12 a 17 años y he determinado que el menor  tiene  no tiene la capacidad para autorizar la divulgación de su información médica protegida.]  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Firma/ Fecha del personal de CBH y Fecha)

Firma de Cliente / Tutor Legal:	Fecha:
---------------------------------	--------

## Instrucciones Para el Formulario de Divulgación de Registros Médicos a Terceros

- |   |   |
|---|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Complete la información del cliente en la caja 1</li><li>● Un personal de Salud puede ayudar con el número de avatar</li></ul>  |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Cliente debe IMPRIMIR su nombre en la primera línea</li><li>● Nombre de la entidad: El cliente debe imprimir el nombre de la persona o entidad / organización y completar la dirección, teléfono, número de fax y / o dirección de correo electrónico de la entidad que puede recibir información sobre el tratamiento.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Si el Cliente desea que el personal de BHS SUDS expedientes de lanzamiento con el personal de BHS MH, ingrese "MHP Servicios de salud conductual"</li></ul></li></ul>                          |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Marque cualquier casilla que describe el propósito / motivo de la divulgación de esta información</li></ul>   |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Marque la(s) casilla(s) que corresponde a el tipo de historia clínica (Salud Mental / Uso de Sustancias) que está permitiendo que el personal divulgue. Además, ¿cuál es el intervalo de tiempo de la divulgación autorizada de registros?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tenga en cuenta que para el tratamiento de Salud Mental, entrar una fecha "Desde" y "Hasta" es <b>opcional</b></li><li>○ Tenga en cuenta que para el Tratamiento del Uso de Sustancias, la información <b>requiere</b> las fechas "Desde" y "Hasta"</li></ul></li></ul>     |
| 5 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Marque la(s) casilla(s) que corresponde con lo que describen qué registros médicos está permitiendo que el personal entregue.</li><li>● Marque Otro si ninguna casilla es apropiada y escriba información específica</li><li>● Tenga en cuenta que para que se publiquen los resultados de las pruebas de VIH / SIDA, debe poner sus iniciales en el formulario y se requiere una autorización separada para cada divulgación de VIH / SIDA</li><li>● Se requiere la inicial para la divulgación de información sobre drogas / alcohol y VIH / SIDA</li></ul> |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Marque la casilla que corresponde para saber cómo divulgar información a la persona / entidad</li><li>● VENCIMIENTO: La autorización vence después de que se publican los registros (a más tardar 15 días hábiles de la fecha de la firma). Las futuras versiones de registros requieren una solicitud autorizada por separado.</li></ul>   |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Sus DERECHOS - ¡Por favor lea!</li><li>● Tiene derecho a tener una copia de esta autorización. Escriba sus iniciales para indicar que se le ha ofrecido una copia.</li><li>● Si el Cliente es un menor de 12 años de edad o más y desea completar el formulario, entonces la casilla de personal de CBH necesita la determinación de la capacidad de completar y firmar / fechar el formulario antes de que el formulario sea válido.</li></ul>   |
| 8 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Firmar y fechar la divulgación de información</li></ul>   |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"><li>● Si no es el cliente, describa su relación con el cliente y la autoridad legal para firmar el formulario.</li><li>● Es posible que deba proporcionar documentación legal.</li></ul>  |