CONDADO DE YOLO

AGENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

La Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Yolo (Yolo County Health & Human Services Agency, HHSA) es una agencia integrada que incluye servicios de empleo, servicios sociales, alcohol y drogas, salud mental y salud pública. El objetivo de nuestra agencia integrada es prestar un mejor servicio a nuestros residentes. Con ese fin, en diferentes partes de la HHSA, se solicita su autorización para compartir su información para coordinar su atención y prestarle un mejor servicio.

[**Haga clic aquí para ver las instrucciones del formulario**](#_bookmark0)

***HHSA del condado de Yolo***

*2016-04-27 19:36:49*

--------------------------------------------

Este formulario DEBE tener el nombre y apellido del cliente, la fecha de nacimiento y la dirección completa.

Si un cliente informa que no tiene hogar, se debe incluir la ciudad identificada en la que la persona está informando que no tiene hogar.



# Nombre del cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Apellido

# Dirección del cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ciudad Estado Código postal

***HHSA del condado de Yolo***

*2016-04-27 19:36:46*

--------------------------------------------

En esta sección:

La parte A debe tener solo UNA casilla marcada. Si se marca la segunda casilla, se deben incluir las fechas.

En la parte B, se puede marcar UNA O MÁS de las casillas. Si se marca una casilla, el cliente DEBE escribir sus iniciales en la línea que se da.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Descripción de la información que se revelará*** | | |
| A. Autorizo a la Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Yolo a revelar la siguiente información:  Toda la información relacionada con mi historia médica, condición mental o física y el tratamiento que recibí (esto podría incluir información sobre drogas/alcohol y salud mental que haya documentado un médico de atención primaria), registros de servicios sociales, registros de beneficios públicos, registros vocacionales y de otro tipo de servicios que recibí de los programas/agencias del condado de Yolo;  **– O –**  Solo los siguientes registros o tipos de información (incluidas las fechas): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| B. Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información (marque según corresponda y escriba las iniciales): | | |
| Información sobre tratamientos de salud mental\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escriba las iniciales) | | |
| Resultados de pruebas del VIH\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escriba las iniciales) | | |
| Información sobre tratamiento por consumo de alcohol/drogas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (escriba las iniciales) | | |
| ***Los siguientes programas/divisiones del condado de Yolo pueden usar, recibir, revelar e intercambiar mis registros A MENOS QUE estén tachados***  ***HHSA del condado de Yolo***  *2016-04-27 19:36:53*  --------------------------------------------  En esta sección, se asume que todos los programas/divisiones que se mencionan tienen autorización A MENOS QUE estén tachados. El cliente DEBE especificar todo programa para el que no dé su consentimiento para compartir su información entre las áreas. | | |
| El **objetivo** de esta autorización es permitir que los programas/divisiones del condado de Yolo mencionados abajo que participan en mi tratamiento y atención, o me prestan servicios, usen, revelen e intercambien información sobre mí entre sí para desarrollar un plan de servicios integrales. Autorizo la revelación e intercambio de información confidencial limitada y, según sea necesario, para lograr este objetivo por las fuentes mencionadas abajo, A MENOS QUE estén tachadas. | | |
| Servicios de protección para adultos (Adult Protective Services, APS) | Drogas y alcohol | Salud mental |
| Servicios de apoyo en el hogar (In Home Support Services, IHSS) | Enfermero de visita a domicilio | Servicios para personas sin hogar |
| Programa de tratamiento médico/Servicios para niños de California (California’s Children’s Services, CCS) | Programa de salud infantil y prevención de discapacidades (Child Health & Disability Prevention Program, CHDP) | Medi-Cal, Programa de servicios médicos del condado (County Medical Services Program, CMSP), CalFresh, CalWORKs, asistencia general |
| Servicios de bienestar infantil (Child Welfare Services, CWS) | Mujeres, bebés y niños  (Women, Infants, Children, WIC) | Servicios de empleo |
| Programa de vida familiar para adolescentes (Adolescent Family Life Program) | Enfermedades transmisibles | Vacunación |
| Revisión de mortalidad fetal e infantil/Síndrome de muerte súbita infantil (Fetal Infant Mortality Review,  FIMR/Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) | Salud pública | Signos vitales |
| Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |
| --- |
| ***Vencimiento***  ***HHSA del condado de Yolo***  *2016-04-27 19:36:57*  --------------------------------------------  En esta sección, no se necesita una fecha. Si se deja en blanco, la Autorización interna estará en vigor por un año a partir de la fecha de su firma. |
| **Esta autorización vence el (fecha):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a menos que se cancele antes, excepto que ya se hayan tomado medidas con base en esta. Si no se da una fecha, esta autorización vencerá un año después de la fecha de su firma.** |
| ***Mis derechos*** |
| * La autorización de la revelación de mis registros es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, excepto si la autorización es para: 1) hacer un tratamiento relacionado con una investigación, 2) obtener información sobre la elegibilidad o la inscripción en un plan médico, 3) determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo o de crear información médica para darla a un tercero.   ***HHSA del condado de Yolo***  *2016-04-27 19:37:01*  --------------------------------------------  Esta sección debe revisarse de manera oral con el cliente antes de que firme.   * Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. * Puedo examinar u obtener una copia de la información que se usará o revelará. Se pueden cobrar tarifas por los costos de copia. * Tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento avisando a la HHSA que cancelo esta autorización. La cancelación de esta autorización no se aplicará a la información que ya se haya revelado por esta autorización. * El destinatario podría volver a revelar la información que ya se reveló de conformidad con esta autorización. En algunos casos, la ley de California no prohíbe que se vuelva a revelar la información y puede que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA]). Sin embargo, la ley de California y las leyes federales de confidencialidad por consumo de drogas y alcohol prohíben a la persona que recibe mi información médica hacer más revelaciones de esta, a menos que obtenga otra autorización de mi parte para dicha revelación o que a dicha revelación la requiera o permita específicamente la ley. |
| ***Firma***  ***HHSA del condado de Yolo***  *2016-04-27 19:37:04*  --------------------------------------------  Esta sección DEBE incluir la fecha  y la firma para ser válida. |
| Autorizo el uso o la revelación de los registros que se especifican arriba para los fines que se mencionan. |
| Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (paciente/representante legal) |
| Si lo firma una persona que no sea el paciente, indique la relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (representante legal) |



CONDADO DE YOLO

AGENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

**PROCEDIMIENTO EN LA RECEPCIÓN PARA COMPLETAR LA AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

## Descripción

La HHSA presta servicios a los residentes del condado de Yolo mediante 4 áreas: Adultos y adultos mayores; Niños, jóvenes y familias; Salud de la comunidad y Centros de servicios. Para colaborar de manera eficaz entre las áreas, respetando el derecho de los clientes a la privacidad y autorizando el acceso a su información/registros personales, la HHSA implementará el uso de una AUTORIZACIÓN interna PARA REVELAR INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Autorización interna). Esta Autorización interna es únicamente para uso entre las áreas de la HHSA. Los clientes deben firmar formularios de autorización por separado para que el personal del área de la HHSA pueda compartir su información con una entidad externa.

## Instrucciones

1. El formulario DEBE tener el nombre y apellido del cliente, la fecha de nacimiento y la dirección completa. Si un cliente informa que no tiene hogar, se debe incluir la ciudad identificada en la que la persona está informando que no tiene hogar.
2. La sección “Descripción de la información que se revelará” (parte A) debe tener solo UNA casilla marcada. Si se marca la segunda casilla, se deben incluir las fechas. En la parte B, se puede marcar UNA O MÁS de las casillas. Si se marca una casilla, el cliente DEBE escribir sus iniciales en la línea que se da.
3. En la sección “Objetivo de la Autorización interna”, se asume que todos los programas/divisiones que se mencionan tienen autorización A MENOS QUE estén tachados. El cliente DEBE especificar todo programa para el que no dé su consentimiento para compartir su información entre las áreas.
4. En la sección “Vencimiento”, no se necesita una fecha. Si se deja en blanco, la Autorización interna estará en vigor por un año a partir de la fecha de su firma.
5. La sección “Derechos” debe revisarse de manera oral con el cliente antes de que firme.
6. La sección “Firma” debe incluir la fecha y la firma para que sea válida.