**Salud conductual de la Agencia de Salud y Servicios Humanos (HHSA) del Condado de Yolo**

**AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA (PHI) Tratamiento para trastornos de salud mental y consumo de sustancias**

Nombre de la cliente: Fecha de nacimiento:

*(Mes/Día/Año)*

Dirección de la cliente: Últimos 4 dígitos del número del Seguro Social (SSN):

Teléfono de la cliente:

XXX-XX-

**Si completa este documento, autoriza la revelación y el uso de su información médica. Si no da toda la información que le solicitan, podrían invalidar esta Autorización.**

**USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA**

**Por la presente autorizo a a que le revele a:**

*(Nombre del centro/proveedor/otro)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre (a quién): | | | |
| *(Persona o proveedor encargado o tercero pagador o proveedor no encargado del tratamiento)* | | | |
| Para: *(únicamente para el trastorno por consumo de sustancias [Substance Use Disorder, SUD])* | | | |
| *(Solo se completa si es una entidad proveedora que no está encargada del tratamiento/una entidad que no es un tercero pagador)*  Escriba “*designación general*” si está solicitando que un intermediario facilite el intercambio de información médica, lo que permite que una entidad que no está encargada del tratamiento obtenga la información médica protegida (Personal Health Information, PHI) y luego la revele a diversas entidades proveedoras de tratamiento que se mencionan en la sección “Para”. Se debe mantener una lista de las revelaciones que hizo la entidad que no está encargada del tratamiento mediante la designación general para toda revelación futura que haga dicha entidad. | | | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad, estado, código postal: | | | |
| Número de teléfono: | ( ) | Número de fax: | ( ) |

a. Autorizo específicamente la revelación de la siguiente información *(marque según corresponda)*:

Información sobre tratamientos de **salud mental**  *(escriba las iniciales del cliente o del representante legal)*

Información sobre el tratamiento del **trastorno por consumo de sustancias (SUD)**  *(escriba las iniciales del cliente o del representante legal)*

b. Autorizo la revelación de:

Toda mi información médica relacionada con mi historia médica, condición de salud mental, tratamiento del SUD (debe estar acompañada de otro identificador); desde \_\_\_\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_\_\_\_ **O**

Solo los siguientes registros o tipos de información médica; desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evaluación Plan del cliente Resumen de la carta Asistencia Notas del tratamiento

Resumen del alta Diagnóstico Medicamentos Otro

c. Si revela información sobre el tratamiento del **SUD**, elija entre las siguientes opciones de destinatario:

Persona *(nombre del destinatario)*

Entidad proveedora del tratamiento *(nombre de la entidad que tiene una “relación con el proveedor encargado del tratamiento”)*

Tercero pagador *(nombre de la entidad sin relación con el proveedor encargado del tratamiento, pero que es un tercero pagador)*

Entidad proveedora que no está encargada del tratamiento *(nombre de la entidad que no tiene relación con el proveedor encargado del tratamiento ni es un tercero pagador)*

***Nota:*** Si se selecciona “Entidad proveedora que no está encargada del tratamiento”, también se debe incluir uno de los siguientes identificadores adicionales en la línea “Para” de arriba: 1) nombre de los participantes individuales; O 2) nombre de los participantes/entidades proveedoras del tratamiento con una relación de proveedor encargado ***si*** se selecciona la designación general y la entidad que no está encargada del tratamiento en la sección “A quién” almacenará la PHI para facilitar un intercambio entre los proveedores encargados después de la revelación inicial.

**OBJETIVO**

Objetivo del uso o de la revelación que se solicitó: solicitud del cliente; **U** otro *(escriba el objetivo)*:

Limitaciones, si corresponde:

**VENCIMIENTO (SALUD MENTAL)**

Esta autorización vence el *[escriba la fecha exacta, que no exceda 1 año a partir de la fecha de la firma]*:

***Nota:*** La ley de California exige que escriba una fecha exacta; de lo contrario, la Agencia de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Agency, HHSA) no podrá procesar esta autorización.

**ANULACIÓN (SALUD MENTAL)**

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito enviando mi solicitud de anulación al centro de atención médica que autoricé a revelar mi información médica. Si anulo esta Autorización, debo enviarlo a la siguiente dirección: 137 North Cottonwood Street #1500, Woodland CA 95695 .

*(Escriba la dirección de la clínica de la HHSA autorizada para revelar o usar la información médica del cliente)*

Mi cancelación de esta Autorización entrará en vigor cuando la HHSA la reciba y no se revelará más información según esta cancelación. Entiendo que es posible que la HHSA no pueda recuperar información que ya se haya revelado antes de la anulación.

**VENCIMIENTO (SUD)**

A menos que lo anule antes, este consentimiento vencerá automáticamente de la siguiente manera:

.

*(Especifique la fecha, el hecho o la condición en la que vencerá el consentimiento, que no debe ser más largo de lo razonablemente necesario para cumplir el objetivo de este consentimiento)*

**ANULACIÓN (SUD)**

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito enviando mi solicitud de anulación al centro de atención médica que autoricé a revelar mi información médica. Si anulo esta Autorización, debo enviarlo a la siguiente dirección:

.

*(Escriba la dirección de la clínica de la HHSA autorizada para revelar o usar la información médica del cliente)*

Mi cancelación de esta Autorización entrará en vigor cuando la HHSA la reciba y no se revelará más información según esta cancelación. Entiendo que es posible que la HHSA no pueda recuperar información que ya se haya revelado antes de la anulación.

**MIS DERECHOS (SALUD MENTAL)**

* Puedo negarme a firmar esta Autorización. Negarme a firmar no afectará a mi capacidad para recibir tratamiento, pago o elegibilidad para beneficios.
* Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.
* En la medida en que lo permita la ley, puedo examinar u obtener una copia de la información médica que me piden que permita el uso o la revelación.
* Entiendo que la información médica que autoricé para revelar la podría volver a revelar la persona/entidad que designé para recibir la información. Entiendo que la HHSA no puede evitar que mi información que ya se reveló según esta Autorización la vuelva a revelar quien la recibió.
* Entiendo que, en algunos casos, la ley de California no prohíbe que se vuelva a revelar mi información y es posible que mi información 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, entiendo que la ley de California prohíbe a la persona o entidad que recibe mi información médica hacer más revelaciones, a menos que obtenga otra autorización de mi parte o que dicha revelación la requiera o permita específicamente la ley.

**MIS DERECHOS (SUD)**

* Entiendo que mis registros de trastornos por consumo de sustancias están protegidos por los reglamentos federales que rigen la confidencialidad y los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, parte 2 del título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) de 1996, artículo 160 y 164 del título 45 del C.F.R., y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito a menos que los reglamentos dispongan otra cosa.
* Entiendo que me pueden negar el servicio si me niego a dar mi consentimiento para una revelación para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica, si lo permite la ley estatal.
* No me negarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento para una revelación para otros fines.
* Entiendo que, si se usa la opción de designación general en esta Autorización, me deben dar, si la pido, una lista con las entidades a las que se les reveló mi información de conformidad con la designación general (la lista de revelaciones).
* Me dieron una copia de este formulario.
* Si se selecciona una “designación general” para permitir que todos los proveedores encargados reciban información específica, entiendo que tengo derecho a obtener una lista de revelaciones si se hace una solicitud por escrito (en un plazo de dos años después de la revelación) en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud por escrito; la lista de revelación deberá tener el nombre de la entidad a la que se hizo la revelación, la fecha de revelación

y una descripción breve de la información de identificación que se reveló.

**FIRMA**

Fecha: Hora: a. m. p. m.

Firma:

*(el cliente de la HHSA debe firmar, incluidos los niños de 12* *años en adelante, si tienen capacidad legal y mental)*

Firma:

*(representante legal del cliente o padre/madre/tutor para menores que no tengan capacidad para dar su consentimiento)*

Si lo firma otra persona que no sea el cliente, escriba su nombre y relación legal con el cliente:

*(Nombre y relación con el cliente)*

**AVISO QUE PROHÍBE VOLVER A REVELAR LA INFORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS**

(Este formulario debe entregarse a todas las personas o entidades a las que les den información sobre el tratamiento del SUD)

Le revelaron esta información a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (parte 2 del título 42 del CFR). Las normas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de información de este registro que identifique que un paciente tiene o tuvo un trastorno por consumo de sustancias, ya sea directamente, por referencia a información disponible públicamente, o mediante la confirmación de dicha identificación por parte de otra persona, a menos que a dicha revelación la permita expresamente el consentimiento por escrito de la persona cuya información se revela o según lo permita la parte 2 del título 42 del CFR. Una autorización general para la revelación de información médica o de otro tipo de información NO es suficiente para este objetivo (ver el artículo 2.31). Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar por un delito a cualquier paciente con un trastorno por consumo de sustancias, excepto según lo dispuesto en el artículo 2.12 (c)(5) y 2.65.