

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO, INTERCAMBIO O DIVULGACIÓN DE LA  
INFORMACIÓN DE PACIENTE CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS,  
SUJETO A 42 CFR PARTE 2 (Condado de Marin)**

Al completar este documento usted autoriza la divulgación, intercambio y uso de la información de su Trastorno por Uso de Sustancias. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

**Nombre de paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**USO Y DIVULGACIÓN DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS**

**Por medio de la presente autorizo a:** \_\_\_\_\_

*(Nombre(s) Específico(s) o Designación(es) General(es) de Entidad(es),  
Persona(s), o Programa de la Parte 2 Autorizado para Hacer la Divulgación)*

**a revelar mis Registros de Uso de Sustancias (SUD), sujeto a 42 CFR parte 2  
según lo especificado a continuación:**

***La información sobre el trastorno por uso de sustancias sujeta a esta autorización  
debe describirse de forma explícita*** – Por lo tanto, específicamente autorizo la  
revelación de la siguiente información (marque según corresponda):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Resultados Prueba de Uso de Sustancias   | <input type="checkbox"/> Plan de Tratamiento                            |
| <input type="checkbox"/> Información de pago/facturación  | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Trastorno por Uso de Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Asistencia al Programa por Uso de Sustancias   | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso                              |
| <input type="checkbox"/> Cualquier Registro Médico o de Salud Mental incluido en mis registros de Uso por Sustancias. |   |

Otro: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**A: (nombre(s) de persona(s)/entidad(es) autorizadas a recibir la información):**

Persona(s) Nombrada(s) (p. ej. John Smith): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Incluya el Nombre Completo de la Persona*

Entidad(es) Nombrada(s) (p. ej. Centro Médico Marin Health, Kaiser Permanente)

\_\_\_\_\_  
*Incluya el Nombre de la(s) Entidad(es)*

Tercera parte pagadora nombrada (p. ej. Medi-cal): \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Entidad(es) Nombrada(s) que facilita(n) el intercambio de información de salud o instituciones de investigación\* (p. ej. Marin Health Gateway (HIE))

\_\_\_\_\_  
\*Al menos una de las siguientes casillas también **debe** marcarse y llenarse según corresponda):

Persona o entidad nombrada participante (p. ej. John Smith):

\_\_\_\_\_  
 \*\*Designación general de persona, entidad o clase de participantes con una relación de proveedor tratante (p. ej. Mi equipo de tratamiento en Marin Health Gateway (HIE)): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\*\*Si se indica una designación general y está acorde con 42 CFR Parte 2, a petición suya, se le debe proporcionar una lista de personas o entidades a las cuales se haya divulgado esta información, de conformidad con esta designación general.

### **PROPÓSITO**

Indique el(los) propósito(s) específico(s) del uso o divulgación que se solicita (la divulgación estará limitada a la información necesaria para llevar a cabo el propósito indicado):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Limitaciones, si las hay: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O:

El Paciente ha solicitado la divulgación (p. ej. a su abogado).

### **EXPIRACIÓN**

A menos que se revoque antes, esta autorización expira el: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Fecha, evento o condición)

Si no se proporciona una fecha, evento o condición, la fecha de expiración será 3 años luego de la fecha de esta autorización.

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**MIS DERECHOS**

- Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa podría afectar mi capacidad para obtener servicios bajo este programa específico, pero se harán esfuerzos para ofrecer servicios bajo otros programas.
- Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud de la cual se me está pidiendo que permita el uso o la divulgación.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, ya sea verbalmente o por escrito; si lo hago por escrito, entiendo que puedo enviar mi revocación escrita a la siguiente dirección:

*Oficial de Privacidad  
Salud y Servicios Humanos del Condado de Marin – Programa de Cumplimiento  
20 North San Pedro Road  
San Rafael, CA 94903  
Correo electrónico: [HHSCompliance@marincounty.org](mailto:HHSCompliance@marincounty.org)*

Mi revocación entrará en vigencia al recibirla, salvo en la medida en que otros hayan actuado basándose en esta autorización.

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y se me ofrecerá una copia.
- La información del trastorno por uso de sustancias no puede volver a divulgarse, a menos que se obtenga otra divulgación para tal divulgación de mi parte, o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*(Firma de Paciente/Representante de Paciente)*

**Nombre:** \_\_\_\_\_

Si firma otra persona distinta al paciente, indique relación:

- padre/madre/tutor legal del menor
- curador
- otro: \_\_\_\_\_

---

**Solo para Uso Oficial:**

Autorización/Consentimiento revocado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Solicitud para revocar recibida por: \_\_\_\_\_  
Fecha en que se informó al programa: \_\_\_\_\_