



Autorización a la División de Servicios de la Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación para divulgar información confidencial sobre la salud a ciertos miembros de la familia o de apoyo

Propósito: La división de Servicios de la Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación invita a sus clientes a incluir a su familia en la planeación de tratamiento. La familia incluye al personal de apoyo, los amigos, y otros seres queridos. La cooperación de la familia es un elemento importante en la recuperación de una enfermedad mental.

Nombre (con letra de molde)	Fecha de nacimiento:
	____ / ____ / ____ mes día año
	Número de cliente:

Autorización: Comprendo que al firmar este formulario de autorización, doy mi consentimiento para que, a mi petición, la División de Servicios de la Salud del Comportamiento y Servicios de Recuperación proporcione información específica a los siguientes individuos:

(El cliente debe escribir sus iniciales en la casilla a la izquierda del nombre de cada persona para confirmar que el cliente autoriza que se le proporcione información):

Iniciales	Nombre	Código	Número de teléfono	Dirección	Parentesco con el cliente

La información que se proporciona se limita al mínimo necesario y aplica para los siguientes códigos. Si no se especifica ningún código, entonces deben aplicarse todos los códigos siguientes:

1. Para programar y/o confirmar citas
2. Para confirmar si estoy asistiendo o no a las citas, y/o si estoy en un programa específico de salud mental
3. Para participar en reuniones periódicas de planeación de tratamiento y para mantenerle informado de cualquier modificación a mi plan periódico de tratamiento

4. Otro _____

Nombre (con letra de molde)	Fecha de nacimiento:
	____ / ____ / ____ mes día año
	Número de cliente:

USOS POSTERIORES DE LA INFORMACIÓN: Comprendo que si autorizo a que se divulgue información de mi salud a alguien que no esté obligado por ley a conservarla confidencial, esa información podría ser compartida con otras personas y ya no estar protegida. También comprendo que bajo ninguna circunstancia se me obliga a autorizar la divulgación de las notas de la psicoterapia.

CONDICIONES: Comprendo que no tengo que firmar este formulario de Autorización. Comprendo que mi tratamiento, pago, inscripción y elegibilidad para los beneficios no se basarán en que yo firme o no esta autorización, excepto si el tratamiento está relacionado con la investigación, o si me brindan servicios de atención a la salud exclusivamente para crear información protegida sobre la salud para ser entregada a un tercero.

DERECHO A RETIRAR AUTORIZACIÓN: Comprendo que tengo el derecho a retirar mi autorización. Si retiro mi autorización, debo notificar al Condado por escrito, debo firmar el aviso, y debo entregar el aviso al Condado en la siguiente dirección:
Behavioral and Recovery Services, Department of Health and Human Services, 250 Bon Air Road Unit B, Greenbrae, CA 94904.

El aviso entrará en efecto al ser recibido por el Condado. Cualquier información que ya haya sido divulgada en apego a esta autorización no podrá ser retirada.

EXPIRACIÓN: Esta autorización entrará en efecto de inmediato y seguirá vigente hasta _____ (escribir fecha). Si no escribo una fecha, esta autorización seguirá vigente durante un año desde la fecha de mi firma.

Firma (Cliente o representante, según sea conveniente)*.	Fecha (mes/día/año):
--	----------------------

* Si el formulario es firmado por alguien distinto al cliente, establezca el parentesco con el cliente, e incluya los documentos necesarios de autoridad con el formulario de Autorización firmado.

Nombre (con letra de molde):

Parentesco/ Autoridad: Padre/madre Curador legal Representante legal
 Tutor legal Otro _____

Nombre y título del proveedor (En letra de molde):	Número de teléfono:
--	---------------------

Firma del proveedor:	Fecha (mes/día/año):
----------------------	----------------------

DISTRIBUCIÓN: El formulario original de Autorización se archiva en el expediente del cliente, la copia del formulario de Autorización se proporciona al cliente o su representante.