

**Autorización para revelar información de salud mental,
trastornos por uso de sustancias, VIH/SIDA**

Nombre (nombre, iniciales del segundo nombre y apellido en letra de molde):	Fecha de nacimiento (mes/día/año):
---	------------------------------------

Autorizo que la siguiente agencia revele mi información médica como se describe en este documento:

Behavioral Health and Recovery Services, condado de Marin	
Department of Health and Human Services 250 Bon Air Road, Unit B, Greenbrae, CA 94904 Contacto: Responsable de registros médicos	Teléfono: (415) 473-6835 Por fax: (415) 473-4113

El destinatario de mi información es:

Nombre de la agencia, persona, o proveedor de atención médica:		
Dirección:	Ciudad/estado:	Código postal:
Número de teléfono:	Número de fax:	Nombre de contacto (si se conoce):

PROPÓSITO: La información solo se podrá utilizar por los siguientes motivos:

<input type="checkbox"/> Para la continuidad de la atención <input type="checkbox"/> Para la planificación del tratamiento/gestión de casos <input type="checkbox"/> A solicitud del cliente <input type="checkbox"/> Otro _____

INFORMACIÓN Se solicita la siguiente información: *Importante: Complete, escriba sus iniciales o firme y escriba la fecha como se solicita.*

<input type="checkbox"/> Información de salud mental/conductual, incluidas condiciones de salud, tratamiento y medicamentos. Otro _____ Indicar fechas: Desde el _____ hasta el _____ <input type="checkbox"/> Información sobre trastornos por consumo de alcohol o sustancias incluyendo medicamentos, diagnósticos y resultados de pruebas de laboratorio. Otro _____ Indicar fechas: Desde el _____ hasta el _____ <input type="checkbox"/> Información del VIH/SIDA _____ (escribir las iniciales) _____ (Fecha)

REUTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN: Las leyes federales y estatales no permiten la nueva revelación de trastornos por consumo de sustancias, información de salud mental y VIH/SIDA en la mayoría de casos.

Nota para el destinatario: Si le han revelado información de trastornos por consumo de sustancias de registros protegidos por normas federales de confidencialidad según el Título 42, parte 2 del CFR, las normas federales le prohíben hacer alguna revelación adicional de esta información a menos que se permita otra revelación de forma expresa mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o de cualquier otra forma permitida según el Título 42, parte 2 del CFR.

Si le han revelado los registros de salud mental protegidos por la ley estatal de California, esta ley le prohíbe hacer revelaciones adicionales a menos que lo ordene el tribunal.

Si le han revelado los registros del VIH/SIDA protegidos por la ley estatal de California, esta ley limita revelaciones adicionales de esta información.

CONDICIONES: Entiendo que no tengo que firmar este Formulario de autorización. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios no se basarán en que firme o me niegue a firmar esta autorización. Sin embargo, entiendo que la negativa a autorizar las revelaciones específicas puede afectar mi capacidad para participar en ciertos programas. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Entiendo que mis registros de trastornos por consumo de sustancias están protegidos según la ley federal, incluyendo las reglamentaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias, Título 42, parte 2 del CFR y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA"), Título 45, partes 160 y 164 del CFR y no se pueden revelar sin mi consentimiento por escrito, a menos que los reglamentos digan lo contrario.

DERECHO A RETIRAR/REVOCAR LA AUTORIZACIÓN: Entiendo que tengo derecho a retirar o revocar mi autorización. Si la retiro, debo avisar a los BHRS por escrito a la siguiente dirección:

**Behavioral Health and Recovery Services,
Departamento de Salud y Servicios Sociales,
250 Bon Air Road, Unit B.
Greenbrae, CA 94904.**

Atención: Responsable de registros médicos

Mi revocación entrará en vigencia cuando la reciba, excepto si otras personas han actuado basándose en esta autorización.

VENCIMIENTO Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá así hasta el _____ (Fecha o evento). Si no escribo una fecha, esta autorización seguirá vigente por un año a partir de la fecha de mi firma.

Firma (<i>cliente o representante, según corresponda</i>):*		Fecha (<i>mes/día/año</i>):	
*Si otra persona que no sea el cliente firma el formulario, indique la relación con el cliente, Nombre (<i>en letra de molde</i>): _____ Relación: _____			
Nombre del representante del condado que recibe este formulario (<i>en letra de molde</i>):		Fecha (<i>mes/día/año</i>):	