# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PRIVADA Y PROTEGIDA DE LA SALUD

**NOMBRE:**_____**FECHA DE NACIMIENTO:** _____

**DIRECCIÓN:** _____

Yo,_____y/o _____
(Nombre del Cliente del Centro Regional) (Nombre del Padre/Tutor/Conservador)

permito que _____comparta toda información relacionada con el
(Nombre del Centro Regional /Proveedor de Centro Regional)

tratamiento de salud conductual (a veces llamado "Análisis del Comportamiento Aplicado" o "ABA" por sus siglas en inglés) originado y mantenido por el Centro Regional permitido por la ley federal y estatal con_____.
(Nombre del Plan de Salud de Medi-Cal Managed Care)

También permito que el Plan de Salud de Medi-Cal Managed Care comparta esta información con el Centro Regional. Compartiendo esta información ayuda a mi tratamiento. También ayuda a mi tratamiento si me cambio a otro Plan de Salud de Medi-Cal Managed Care. Información sobre el tratamiento puede incluir: cuidado médico recibido en el pasado, evaluación/pruebas, evaluaciones, notas de proveedor/terapia, pedidos de proveedores, registros de atención, plan de cuidado, medicinas y notas de autorización para divulgar información. Sé que mi expediente puede incluir información sobre las enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), o enfermedad con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También puede incluir información sobre los servicios de salud conductual o mental. Los registros de tratamiento de alcohol y/o de drogas no pueden ser divulgados a menos que yo de permiso por escrito. Esto es debido a las reglas federales (42 C.F.R. Parte 2 y 45 C.F. R. pts. 160 & 164). Puede haber excepciones a esta regla. La menor cantidad de información necesaria debe ser divulgada para tratamiento de salud conductual.

Se me permitirá seguir utilizando los beneficios del plan si no firmo este formulario. Pero, si no firmo este formulario, pueda ser que se necesite más tiempo para recibir el cuidado médico que necesito y mi plan no podrá organizar todo mi cuidado médico.

Sé que compartir la información me ayudará a no tener interrupción en el cuidado médico, plan de cuidado y/o transferencia de cuidado médico. Este formulario de consentimiento es válido por un (1) año a partir de la fecha en que lo firme. Puedo optar cancelarlo en cualquier momento.
Al firmar este formulario, yo:

- permito el uso de mi información de salud protegida y la privada expuestas arriba, por las razones mencionadas. Yo sé que este formulario no es requerido.
- sé que recibiré una copia de este formulario.
- sé que puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento. Puedo mandar una carta que yo he firmado al Centro Regional que me está proveyendo tratamiento de salud conductual. También puedo enviar una carta a mi plan de salud de Medi-Cal Managed Care. Si cancelo, el acuerdo se detendrá en la fecha en que se recibió la carta o la fecha indicada en la carta, lo que sea último. No afectará a la información que ya ha sido utilizada o revelada.

Este acuerdo es válido por un (1) año desde que lo firme. O 60 días después del fin del tratamiento, el que sea más tarde. Puedo cancelarlo en cualquier momento.

_____ _____
**(NOMBRE IMPRESO)** **(Firma del Cliente del Centro Regional/Padre/Tutor/Conservado)**

_____ _____
**(Fecha)** **(RELACIÓN AL PACIENTE)**

Vea el reverso de esta página para notificación a los proveedores en el intercambio de los registros de tratamiento de alcohol y/o drogas.

# PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Este aviso acompaña a una divulgación de información relativa a un cliente en el tratamiento de alcohol/drogas, hecho a usted con el consentimiento de dicho cliente. Esta información ha sido revelada a usted de archivos protegidos por reglas de confidencialidad federales (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier otra revelación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica/otro **NO** es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente que está recibiendo servicios de abuso de alcohol o drogas.