



Salud del Comportamiento del Condado de Santa Cruz

1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060

Teléfono: (831) 454-4170 Fax: (831) 454-4663

CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION CONFIDENCIAL DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y DE ABUSO DE SUBSTANCIAS

Nombre del cliente: _____ Cliente # _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo, _____, autorizar el uso / revelación / intercambio de la información siguiente de la fecha de inicio del tratamiento. **El propósito de esta autorización es para permitir que los proveedores de servicios indicados arriba puedan compartir información necesaria para coordinar el tratamiento de mi / mi hijo/a través de un registro médico electrónico seguro.**

Todos los registros de tratamiento de salud mental: (Nombre y Información de Identificación Personal, Evaluación, Plan de Tratamiento, Notas de progreso, resultados de laboratorio y medicamentos)

Registros de tratamiento de alcohol y drogas: Nombre y otra información personal; Evaluación; Plan de Tratamiento; Notas de Progreso; Resultados de Exam (enes) de Droga; Resultados de laboratorio; Medicamentos

Todos los proveedores de servicios se enumeran a continuación: A / desde / con los siguientes proveedores de servicios de la agencia

Al no marcar todas las cajas, no se compartirá información sobre uso de sustancias (SUD).
Se puede solicitar una lista de Proveedores de Tratamiento

- Proveedores de Tratamiento de Salud Mental del Condado de Santa Cruz
- Proveedores de Tratamiento de Programas de Alcohol y Drogas
- Proveedores de Tratamiento de Salud Mental de Encompass
- Proveedores de Tratamiento de SUD de la Comunidad de Recuperación de Encompass
- Proveedores de Tratamiento de SUD de Janus de Santa Cruz
- Proveedores de Tratamiento de SUD de Sobriety Works
- Proveedores de Tratamiento de SUD de New Life Community Services
- Proveedores de Tratamiento de Salud Mental de Volunteer Center
- Proveedores de Tratamiento de Salud Mental de Front Street
- Proveedores de Tratamiento de Salud Mental de Pájaro Valley Prevención & Asistencia Estudiantil
- Proveedores de Tratamiento de Prevención de Alcohol y Drogas de Pájaro Valley Prevención & Asistencia Estudiantil
- Proveedores de Tratamiento de Salud Mental de Haven of Hope
- Proveedores de Tratamiento del Centro de Padres para la salud mental
- Proveedores de Tratamiento del Programa de Estabilización de Crisis de Telecare
- Proveedores de Tratamiento del Programa de Salud para Personas sin Hogar

MIS DERECHOS: Yo puedo rehusar firmar esta autorización. Negarme a firmar, no afectará el poder recibir tratamiento o ser elegible para beneficios. Entiendo que mis registros de tratamiento de trastornos por uso de sustancias están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos de uso de sustancias, 42 C.F.R., y no puede ser compartida sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el reglamento. Entiendo que si yo autorizo compartir mi información protegida de salud a alguien que no está cubierto por las leyes de confidencialidad, por ejemplo, un miembro de la familia, es posible que mi información puede ser revelada por esta misma persona a otra persona.
Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser presentada por escrito a la siguiente dirección: División de Mejoramiento de la Calidad, 1400 Emeline Avenue, 2do Piso, Santa Cruz, CA 95060. La revocación entrará en vigencia al recibir su solicitud, excepto en la medida en que otros han actuado en dependencia de esta autorización. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Este consentimiento se vence automáticamente como sigue: Al vencimiento de tratamiento o _____ (fecha)
Firma del Cliente _____ Fecha _____
Padre / Tutor Legal _____ Fecha _____