



Behavioral Health and Recovery Services

Jenine Miller, Psy.D., Director Health Services

Providing Mental Health and Substance Use Disorders Treatment Services



Ukiah Offices: 1120 S. Dora St. • Ukiah • CA • 95482 • (707) 472-2300 • FAX (707) 472-2306
Fort Bragg Offices: Avila Center • 790-B S. Franklin St. • Fort Bragg • CA • 95437 • (707) 961-2665 • FAX (707) 961-2698
Willits Integrated Services Center: 474 E. Valley St. • Willits • CA • 95490 • (707) 456-3850 • FAX (707) 456-3808

AUTORIZACION PARA DIVULGAR O RECIBIR INFORMACION CONFIDENCIAL

Nombre de Cliente: _____ DOB: _____ Record # _____

AKA/Pariente/Guardián Legal Nombre: _____

Yo soy él: ☐ Cliente ☐ Guardián Legal ☐ Protector

YO AUTORIZO ARCHIVOS/INFORMACION SEAN ENVIADAS A:

Código _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____

YO AUTORIZO ARCHIVOS/INFORMACION VENGAN DE:

Código _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Postal: _____

YO AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACION ENTRE EL PARTIDO ARRIBA.

La información arriba debe incluir:

- ☐ Archivos sometidos al Lanterman-Petris-Short Acta (Información Psiquiátrica)
- ☐ SIDA / VIH Información
- ☐ Información Medica.

Por Favor (especificar): _____

Tiene el derecho a excluir cierto tipo de información. Por Favor de excluir: _____

Propósito de la necesidad de Archivos: _____

(Si el propósito no está especificado la divulgación tal vez no será honrado)

Puedo negarme a firmar esta autorización. Esto no afectará mi capacidad para obtener tratamiento, pago, o elegibilidad para beneficios.

Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que permita el uso o la divulgación.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a la siguiente dirección: Mendocino County Behavioral Health and Recovery Services, 1120 S. Dora Street, Ukiah, CA 95482, Attn: Medical Records. Mi revocación entrará en vigor al recibirla, excepto en la medida en que otros hayan actuado confiando en esta autorización.

La divulgación de información de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario. Dicha divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y es posible que ya no esté protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, la ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información médica la divulgue al menos que obtenga otra autorización de mí para tal divulgación o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

DERECHO A UNA COPIA DE LA AUTORIZACION: Entiendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización. Por Favor de tomar una copia después de firmar.

☐ Si, he tomado mi copia de esta forma ya firmada.

Firma de Cliente: _____ **Fecha:** _____

Testigo: _____ **Fecha:** _____

Firma del Padre, Guardián Legal, Conservador: _____

Relacion: _____

Si este consentimiento es firmado por el cliente y la liberación requiere la concurrencia por el proveedor, el proveedor debe firmar abajo.

Firma de Proveedor: _____ **Título:** _____ **Fecha:** _____

Una fotocopia o facsimile de esta autorizacion es tan valida como el original. La parte que envia los registros conserva la copia original.