# **FORMULARIO DE DIVULGACION DE SALUD**

**AUTORIZACIÓN DE USO, INTERCAMBIO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

La Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de Glenn (HHSA) es una agencia integrada que incluye Salud Pública, Salud Conductual y Servicios Sociales. Para coordinar su atención y brindarle un mejor servicio, HHSA solicita su autorización para compartir su información de salud. La finalización de este documento autoriza la divulgación, el intercambio y el uso de su información de salud. No proporcionar toda la información solicitada invalidará esta autorización.

**Nombre del Cliente**: ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha de Nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**

**Por la presente autorizo ​​a las personas / agencias enumeradas e iniciadas a continuación para usar, divulgar o intercambiar información de salud: *Inicial al lado de cada organización***

Salud Mental Salud Publica Servicios Sociales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Para divulgar a personas / organizaciones autorizadas para recibir la información:** | **Dirección***(calle, ciudad, estado, código postal)* | **Iniciales** |
| Colegio de Butte | 3536 Butte Campus Dr, Oroville CA |  |
| Departamento de Rehabilitación de California | 470 Rio Lindo #4, Chico CA 95926 |  |
| Asociación Tribal TANF de California | 1250 East Ave Suite 10, Chico CA 95973 |  |
| GCOE - Servicios para Niños y Familias | 676 E Walker St, Orland CA 95963 |  |
| Dentista (s): |  |  |
| Doctor (es): |  |  |
| Centro Far Northern Regional | 1377 E Lassen, Chico CA 95973 |  |
| Primeros 5 del Condado de Glenn | 1035 W Wood, Willows CA 95988 |  |
| Condado de Glenn Servicios de Manutención de Hijos | 120 South Marshall Ave, Willows CA 95988 |  |
| Condado de Glenn HHSA–Servicios de Bienestar de Menores | 420 E Laurel, Willows CA 95988 |  |
| Condado de Glenn HHSA – Servicios de Alcohol y Drogas | 1187 E South St, Orland CA 95963 |  |
| Condado de Glenn HHSA – Servicios de Salud Mental | 242 N Villa Ave, Willows CA 95988 |  |
| Condado de Glenn HHSA - Otro: Programa |  |  |
| Condado de Glenn HHSA – Programas de Asistencia Publica | 420 E Laurel, Willows CA 95988 |  |
| Condado de Glenn HHSA – Programas de Salud Publica | 240 N Villa, Willows CA 95988 |  |
| Oficina de Educación del Condado de Glenn (GCOE) | 311 S Villa, Willows CA 95988 |  |
| Departamento de Libertad Condicional del Condado de Glenn | 541 W Oak, Willows CA 95988 |  |
| Corte Superior/Corte de Tratamiento del Condado de Glenn | 526 W Sycamore, Willows CA 95988 |  |
| Centro Medico/Centro de Menores del Condado de Glenn | 1133 W Sycamore, Willows CA 95988 |  |
| Hospital(es): |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Clinica de Salud North Valley Indian Health |  |  |
| Crisis de Violación | 2889 Cohasset Rd # 2, Chico CA 95926 |  |
| Distrito Escolar(es) |  |  |
| Other: |  |  |
| Other: |  |  |
| Other: |  |  |
| Other: |  |  |
| Other: |  |  |
| Other: |  |  |

**Para la información sobre el trastorno por uso de sustancias, incluya los nombres específicos de las personas en los campos "otros" para cualquier agencia rubricada.**

**Autorizo ​​específicamente la divulgación de la siguiente información (marque según corresponda):**

 **Información Medica:** Información relativa a mi historial médico, condición física y tratamiento recibido:

Toda la información médica de salud; **O**

Solo los siguientes registros o tipos de información de salud (incluidas las fechas):

 **Resultados de la prueba de VIH** (*iniciales*)

 **Información de Salud Mental:** Información relacionada con mi condición mental y el tratamiento recibido:

Toda la información de Salud Mental; **O**

 Solo los siguientes registros (es decir, notas de progreso, evaluaciones con fechas, etc.)

 **Información sobre alcohol y drogas:** Información relacionada con mi condición de drogas/alcohol/y el tratamiento recibido: Incluya una descripción explicita de cualquiera información sobre el trastorno por uso de sustancias que se divulgara:

\_

Entiendo que mis registros de trastornos por uso de sustancias están protegidos por la ley federal, incluidas las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, 42 C.F.R. Parte 2, y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que las reglamentaciones dispongan lo contrario.

**PROPÓSITO**

**Propósito del uso o de la divulgación solicitada:**

Solicitud Del cliente; O

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXPIRACIÓN**

**A menos que se revoque antes, esta autorización vence el (fecha):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MIS DERECHOS**

* Puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación no afectará mi habilidad para obtener tratamiento o pago o elegibilidad para beneficios.
* Puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide para permitir el uso o divulgación.
* Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escritoy enviarlo a la siguiente dirección: Mi revocación entrará en vigencia una vez recibido, excepto en la medida en que otros han actuado basados en esta información.
* Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
* La información revelada conforme a esta autorización puede ser divulgada por el destinatario. Esa nueva revelación es en algunos casos no prohibidos por la ley de California y ya no puede ser protegido por la ley federal de confidencialidad (HIPAA). Sin embargo, La ley de California prohíbe que la persona que recibe mi información de salud haga divulgación adicional de ella a menos que se obtenga otra autorización para la divulgación de mí o menos que dicha divulgación se exija o permita la ley.

**FIRMAS**

Firma: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(persona atendida por HHSA / representante legal)*

Si es firmado por alguien que no sea el cliente, indique la relación:

Nombre: Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(representante legal)*

**Solo para uso interno**

**Firma del personal que obtiene información:**  \_\_\_\_**Fecha: Hora:**

**Firma del personal que ingresa la información: \_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: Hora**:

*(Si es diferente de lo anterior)*