



AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

(Cumple con HIPAA y 42 CFR Parte 2)

Teléfono:(707)800-7761 Fax:(707)800-7798 Correo electrónico: asr.him@aurorabehavioral.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

INSTALACIÓN AUTORIZADA

Autorizo a Santa Rosa Behavioral Healthcare Hospital 1287 Fulton Road, Santa Rosa, CA 94501 a usar y/o divulgar mi información de salud como se describe a continuación.

PERSONA(S) / ENTIDAD AUTORIZADA PARA RECIBIR INFORMACIÓN

(Por favor seleccione una opción a continuación):

☐ Persona u organización específica (ejemplo: un miembro de la familia, oficial de libertad condicional, proveedor externo):

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

☐ Grupo de proveedores u organización involucrada en mi cuidado o cobertura, como:

- Médicos tratantes, enfermeros, terapeutas y equipos de atención
- Planes de salud / compañías de seguros
- Coordinación de atención o socios de referencia

Nombre de la organización (si corresponde): _____

Dirección: _____ Ciudad / Estado / Código postal: _____

Teléfono / Fax: _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN

(Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ A mi solicitud | ☐ Operaciones de atención médica | ☐ Tratamiento |
| ☐ Pago | ☐ Propósitos legales | ☐ Otro: _____ |

INFORMACIÓN A SER DIVULGADA

(Marque todas las opciones que correspondan – Divulgación limitada a los elementos seleccionados)

- ☐ Resumen de admisión / alta ☐ Historia clínica y física ☐ Evaluación psiquiátrica



- ☐ Registros de medicamentos ☐ Planes de tratamiento ☐ Notas de progreso
☐ Resultados de laboratorio ☐ Registros de facturación
☐ Otro (especificar) _____

Rango de fechas de los registros: /__/_ a /__/_

INFORMACIÓN SENSIBLE

- ☐ Resultados de pruebas de VIH/SIDA, Iniciales: _____

REGISTROS DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (SUD)

Entiendo que mis registros pueden incluir información sobre trastornos por uso de sustancias (SUD) protegida por la ley federal (42 CFR Parte 2).

- ☐ Autorizo la divulgación de registros de SUD, incluyendo información sobre tratamiento de alcohol y/o drogas.

NOTAS DE PSICOTERAPIA – SE REQUIERE AUTORIZACIÓN SEPARADA

Las notas de psicoterapia tienen una protección especial bajo la ley federal y de California y no están incluidas en los registros médicos generales.

- ☐ Autorizo específicamente la divulgación de notas de psicoterapia.

Iniciales (requerido): _____ (Si no se inicializa, las notas de psicoterapia no serán divulgadas.)

VENCIMIENTO

Esta autorización vencerá:

- ☐ Un (1) año a partir de la fecha de firma ☐ En la siguiente fecha: __/__/____

SUS DERECHOS

- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a SRBHH. La revocación no se aplicará a la información ya divulgada.
- Entiendo que el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no están condicionados a la firma de esta autorización.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

AVISO DE REDIVULGACIÓN

La información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a redivulgación y puede ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad de HIPAA. Sin embargo, los



registros de trastornos por uso de sustancias protegidos bajo 42 CFR Parte 2 permanecen protegidos y no pueden ser redivulgados a menos que lo permita la ley federal.

FIRMAS

☐ Firma del paciente ☐ Tutor ☐ Representante autorizado:
Nombre (en letra de imprenta) _____ Relación: _____
Firma: _____ Fecha: ____/____/____

AVISO DE LA LEY DE CALIFORNIA

Según la ley de California, un proveedor de atención médica puede negarse a permitir la inspección o proporcionar copias de registros de salud mental solo si existe un riesgo sustancial de consecuencias adversas o perjudiciales significativas para el paciente. Si se deniega el acceso, el paciente puede designar a un médico, psicólogo, terapeuta matrimonial y familiar, o trabajador social clínico con licencia para inspeccionar los registros.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA INSTALACIÓN

Registros divulgados:

☐ Resumen de alta ☐ Evaluación psiquiátrica ☐ Historia clínica y física ☐ Consultas
☐ Registros de medicamentos ☐ Planes de tratamiento ☐ Notas de progreso
☐ Laboratorios / Diagnósticos ☐ Otro: _____

SOLO PARA USO EN INSTALACIONES

Procesado por: _____ Fecha: ____/____/____
Método: ☐ Fax ☐ Correo electrónico seguro ☐ Correo ☐ En persona

**AUTHORIZATION TO RELEASE
MEDICAL/PSYCHIATRIC INFORMATION
SANTA ROSA BEHAVIORAL HOSPITAL**
1287 Fulton Road, Santa Rosa, CA 95401

Patient Identification: