



## AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

(Cumple con HIPAA y 42 CFR Parte 2)

---

---

### **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  
Teléfono: (707)800-7761 Fax: (707)800-7798 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: \_\_\_\_\_

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)

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A mi solicitud | <input type="checkbox"/> Operaciones de atención médica | <input type="checkbox"/> Tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Pago           | <input type="checkbox"/> Propósitos legales             | <input type="checkbox"/> 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:**