

## Autorización para Intercambiar Información de Salud Protegida

La información abajo identificada, se refiere al siguiente cliente:

Nombre ( <i>escriba su nombre, iniciales y apellido</i> ):	Fecha de Nacimiento ( <i>mes/día/año</i> ):
--	--

Por la presente autorizo a:

Judy Kendall, M.A., LMFT P.O. Box 6325 Albany, CA 94706	Teléfono: (415) 747-5411 Fax: (415) 729-1838
---	---

Para intercambiar información con:

Nombre de la Agencia, Persona, o Proveedor de Atención de la Salud:		
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código Postal:
Número de teléfono:	Número de Fax:	Nombre de contacto (Si lo sabe)

**PROPÓSITO:** La información solo podrá ser utilizada por la siguiente razón(s):

<input type="checkbox"/> Para la continuidad de cuidado	<input type="checkbox"/> Para planeación de tratamiento/Administración de casos	<input type="checkbox"/> A petición del cliente
<input type="checkbox"/> Otros _____		

**INFORMACIÓN:** La siguiente información es necesaria: *Importante: Complete, ponga sus iniciales, o firma y fecha según sea necesario.*

<b>Registros solicitados:</b>
Registros [Fecha(s)]: De _____ A _____
<input type="checkbox"/> Solo <b>Comunicación verbal</b> _____ ( <i>nombre y número de teléfono</i> )
<b>INFORMACIÓN QUE SERÁ ENTREGADA:</b> Esto es una autorización de <u>divulgación completa</u> del cuidado de la salud la cual incluye todo reconocimiento médico, quirúrgico, enfermedades transmisibles, salud mental, alcohol o abuso de drogas y registros del tratamiento en su caso. Este consentimiento también autoriza la divulgación de resultados de HIV, si lo hay. Estos registros pueden ser revelados a menos que usted específicamente los excluya a continuación.
<i>El cliente <b>Excluye</b> la liberación de la siguiente información:</i>
Por favor escriba sus iniciales en la información que usted <b>NO</b> quiere que sea liberada:
<b>Excluir</b> Tratamiento de Abuso de Sustancias _____ (Iniciales/fecha)
<b>Excluir</b> Tratamiento de Salud Mental _____ (Iniciales/fecha)
<b>Excluir</b> Resultados de la prueba del HIV _____ (Iniciales/fecha)
<b>Excluir</b> Otros _____ (Iniciales/fecha)



Nombre ( <i>escriba su nombre, iniciales y apellido</i> ):	Fecha de Nacimiento ( <i>mes/día/año</i> ):
--	--

**REUTILIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN:** Yo entiendo que si autorizo la liberación de mi información de salud a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencialmente, esa información puede ser compartida con otros y podrá no estar protegida. Yo entiendo que la información de salud y de salud mental liberada conforme a esta Autorización podría ser reutilizada por el que la recibe. Esta reutilización en algunos casos no está protegida por la ley de California y puede ya no estar protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA). Entiendo que mis registros de tratamientos de alcohol y/o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales de la Confidencialidad de Registros de los Pacientes de Abuso de Alcohol y Drogas, 42 C.F.R. Parte 2, Seguro de Salud y la ley de Portabilidad y Responsabilidad de 1996 (“HIPAA”), 45 C.F.R. Partes 160 y 164, y se puede volver a liberar sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en el reglamento.

**CONDICIONES:** Entiendo que no tengo que firmar este formulario de autorización. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios no serán basados en mi firma o al negarme en firmar esta autorización. Sin embargo, tengo entendido, que al negarme a autorizar específica información, puede afectar mi facilidad para participar en ciertos programas. Tengo el derecho de recibir copia de esta autorización.

**DERECHO A RETRACTARSE DE LA AUTORIZACIÓN:** Entiendo que tengo el derecho de retirar mi autorización. Si me retracto de mi autorización, tengo que notificar a Judy Kendall por escrito a la siguiente dirección:

**Judy Kendall, M.A., LMFT**  
**P.O. Box 6325**  
**Albany, CA 94706**

Mi revocación tomará efecto a partir de la fecha recibida, excepto en la medida que otros han actuado basándose en esta autorización.

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y permanecerá en efecto a partir de \_\_\_\_\_ (escriba la fecha). Si no escribo la fecha, esta autorización permanecerá en efecto durante un año a partir de la fecha de mi firma.



Firma (Cliente o representante según sea apropiado)*:	Fecha ( <i>mes/día/año</i> ):
<p>* Si la forma es firmada por una persona distinta al cliente, escriba la relación con el cliente,  Nombre (<i>letra de molde</i>): _____  Relación: _____</p>	
Nombre del representante que reciba este formulario ( <i>Letra de molde</i> ):	Fecha ( <i>mes/día/año</i> ):