

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

## AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL O MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Por favor complete el siguiente formulario para su solicitud de expediente médico y envíe ambas páginas a:

**SANTA BARBARA BEHAVIORAL HEALTH**  
**5901 Encina Road, Suite A Goleta,**  
**CA 93117**  
**TELÉFONO: 805-681-0035**  
**FAX: 805-681-0029**

**NOTIFICACIÓN:** El SBBH (por sus siglas en inglés) y muchas otras organizaciones y personas tales como los doctores, hospitales y seguros médicos están obligados por la ley a mantener su información médica confidencial. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no está obligado legalmente a mantenerla confidencial, puede que ya no esté protegida por las leyes de confidencialidad estatales o federales.

**SUS DERECHOS:** Esta autorización para entregar información médica es voluntaria. Los tratamientos, pagos, inscripciones o elegibilidad de beneficios pueden no estar condicionados a firmar esta Autorización a excepción de los siguientes casos: (1) para llevar a cabo un tratamiento relacionado a una investigación, (2) para obtener información en relación con la elegibilidad o inscripciones en un seguro médico, (3) para determinar la obligación de una entidad a remunerar un reclamo, o (4) exclusivamente para crear información médica para proporcionar a terceros. Esta Autorización puede ser revocada en cualquier momento. La revocación debe realizarse por escrito, firmada por usted o el representante del paciente, y entregado al SBBH, 5901 Encina Road, Suite A Goleta, CA. 93117. La revocación entrará en vigor cuando la SBBH la reciba, excepto en la medida en que SBBH u otros que ya se hayan basado en ella. **Usted está autorizado para recibir una copia de esta autorización.**

**YO AUTORIZO:**

(Persona o centro que tiene la información médica)

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**A ENTREGAR INFORMACIÓN A:**

(Persona o centro que recibe la información médica)

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

Dirección: **5901 Encina Road, Suite A  
Goleta, CA 93117**

Teléfono: **(805) 681- 0035**

Fax: **(805) 681-0029**

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

**Si necesita sus expedientes en una fecha particular, por favor indíquela aquí:** \_\_\_\_\_

**Por favor especifique la información médica que autoriza para ser entregada:**

Información verbal (por favor especifique):

Programación y cancelación de citas

Información de tratamientos, incluyendo el diagnóstico y medicamentos

Copias de las notas de progreso

(Incluye la información médica mental sujeta a Lanterman-Petris-Short Act, Welf. & Inst. Code 5000 et seq; información médica; abuso de drogas y alcohol, información del diagnóstico o tratamiento sujeta a la ley federal 42 del C.F.R 2.34 y 2.35)

**Tipo(s) de información, si no está especificada anteriormente (es decir, informe, carta, documento):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN:**

A menos que sea revocada de otra manera, esta autorización expira un año después de la fecha firmada.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Número telefónico

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante del paciente /tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante del paciente/tutor