

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