



AUTORIZACIÓN PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PROTEGIDA DE LA SALUD (PHI) ENTRE AGENCIAS QUE TRABAJAN CON EL NIÑO(A)

Nombre del Niño(a)	
No. De Expediente	
No. De Seguro Social: XXX-XX-	
Fecha de Nacimiento	
Nombre de la Madre	
Nombre del Padre	

Yo autorizo al grupo multidisciplinario para intercambiar información confidencial del niño(a) arriba mencionado con los siguientes miembros para desarrollar e implementar un plan de servicio.

<input type="checkbox"/>	Departamento de Servicios al Menor
<input type="checkbox"/>	Departamento de Salud Mental (DBH) (Mental Health)
<input type="checkbox"/>	Centro Regional del Inland Empire (IRC)
<input type="checkbox"/>	Programa de Servicios de Empleo de TAD
<input type="checkbox"/>	Agencia Jurídica (especifica)
<input type="checkbox"/>	Otra (especifica)
<input type="checkbox"/>	Otra (especifica)
<input type="checkbox"/>	La Unidad de Libertad Condicional (Probation)
<input type="checkbox"/>	Departamento de Salud Publica
<input type="checkbox"/>	Director del Distrito Escolar de SB
<input type="checkbox"/>	Departamento de Asistencia Alternativa (TAD)
<input type="checkbox"/>	Departamento de Salud Mental (DBH) (Servicios de Recuperación para trastornos por el uso de Sustancias. (SUDRS por sus siglas en inglés) Nota: Al terminar esta hoja de autorización solo permite a SUDRS a recibir información de tratamiento de salud mental (Mental Health Treatment). Una hoja de autorización de conformidad para permitir la información personal de salud (PHI) de 42 CFR Parte 2 distinta debe completarse por la persona indicada, por su nombre y en cada agencia a quien el tratamiento de información de SUDRS se revelará.

Esta autorización se limita al siguiente tipo de información que aquí se especifica:

Yo entiendo lo siguiente:

- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento con la excepción de los procesos o acciones que han iniciado.
- La anulación de esta autorización debe ser dirigida por escrito al encargado del grupo de salud mental.
- Si la autorización no ha sido cancelada, el permiso se vencerá el:
- Entiendo que tengo el derecho de no firmar o limitar el alcance de esta autorización.
- Entiendo que la información de salud que permito revelarse por esta autorización puede volver a revelarse por el individuo o entidad que solicite la información. Yo entiendo que DBH no puede prevenir que la información que han revelado, se repartirá por la entidad o personas que lo haya recibido.
- Yo entiendo que en algunos casos las leyes del estado de California no prohíben a volver a revelar mi información y que mi información puede perder la protección de la ley de confidencialidad Federal (HIPPA por sus siglas en inglés). Sin embargo, yo entiendo que las leyes del estado de California prohíben a la(s) persona(s) o entidad que recibe mi información de salud de repartir la información al menos que doy la autorización, o tal autorización por ley se requiere o se permite.

He leído esta autorización cuidadosamente y me han contestado mis preguntas.

Fecha Hora am pm

Firma

(El cliente del DBH debe firmar, incluyendo menores de 12 años y mayores, si tienen capacidad legal y mental)

Firma

(El representante legal del cliente o padre/tutor de menores que no tengan capacidad de otorgar su consentimiento)

Nota: Si esta autorización es firmada por alguien que no sea el cliente, indique su nombre y relación legal con el cliente:

El Médico, Psicólogo o Clínico Terapeuta encargado del paciente debe firmar si su aprobación es requerida bajo la ley de Lanterman-Petris-Short Act (California W&I Code Section 5328)

Asistencia Lingüística

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request.

Call 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

Tagalog (Tagalog — Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1 (888) 743-1478 (TTY (հեռատիպ) 7-1-1).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1 (888) 743-1478 (телетайп: 7-1-1).

Asistencia Lingüística

فارسی (Farsi)

شما برای رایگان بصورت زبانی تسهیلات کنید، می گفتگو فارسی زبان به اگره ج و ت بگیرید تماس (TTY: 7-1-1) 1 (888) 743-1478 با. باشد می فراهم

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。

1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਪਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧਿ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਮੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।
1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1) ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

1 (888) 743-1478 برقم اتصل. بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة (والبكم الصم هاتف رقم) 7-1-1)

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1 (888) 743-1478 (TTY: 7-1-1).