



**Condado de Santa Cruz**  
 Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias  
 1400 Emeline Avenue, Santa Cruz, CA 95060  
 Tel.: (831) 454-4170 Fax: (831) 454-4663

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SALUD MENTAL**

**MIS DERECHOS:** Puedo rehusar a firmar esta autorización. Mi rechazo a firmar este documento no afectará mis posibilidades de obtener tratamiento o ser elegible para obtener los beneficios pertinentes.

Yo entiendo que si autorizo la revelación de información protegida para alguien que no esta cubierta por leyes de confidencialidad, por ejemplo, un miembro de la familia, es posible que mi información pueda ser revelada de nuevo por esa persona a otra.

Yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá ser por escrito y enviada a la siguiente dirección: Quality Improvement Division, 1400 Emeline Avenue, 2nd Floor, Santa Cruz, CA 95060. La revocación entrará en vigor una vez que se reciba su petición, excepto que existan acciones de otros relacionadas a esta autorización.

Yo tengo derecho de recibir una copia de esta autorización.

**EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL**

<b>Nombre:</b> _____	<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____	<b>Numero de Seguro Social:</b> _____
----------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

Yo autorizo a: \_\_\_\_\_  
 (Personas / organizaciones autorizadas a proveer la información)

divulgar a: \_\_\_\_\_  
 (Personas / organizaciones autorizadas a **recibir** la información)

Tel.	Dirección	Ciudad	Estado	Código
------	-----------	--------	--------	--------

**Marque las cajas apropiadas:**

- Toda la información pertinente a mi tratamiento De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Solo los siguientes datos y/o tipos de información de salud (incluyendo fechas):  
 \_\_\_\_\_

**Específicamente autorizo la divulgación de la siguiente información confidencial: (por favor marque las cajas apropiadas):**

- Información sobre tratamiento de Salud Mental: De: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_
- Medicamentos                       Información de SIDA
- Información de AOD                       Otro, favor de especificar: \_\_\_\_\_

**PROPOSITO:** Propósito del uso o revelación de información:  Petición del Cliente     Otro \_\_\_\_\_

**EXPIRACIÓN:** Esta autorización se vence (indique la fecha o evento): \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_

**De ser otra persona que no sea el cliente, declare su relación legal con el cliente:** \_\_\_\_\_

**Testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_