

# SISTEMA DE CUIDADO DEL CONDADO DE TEHAMA

*Autorización para proveer información Medica al Equipo Multidisciplinario*



Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Yo autorizo: **( POR FAVOR PONGA SUS INICIALES A TODO LO QUE APLIQUE )**

## AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE TEHAMA

- \_\_\_\_\_ División de la Clínica Medica
- \_\_\_\_\_ División de Droga y Alcohol
- \_\_\_\_\_ División de Salud Mental
- \_\_\_\_\_ División de Salud Publica

## OTROS LUGARES DE CUIDADO DE SALUD

- \_\_\_\_\_ Hospital Comunitario Sta. Elizabeth  
Especifique programa/departamento \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Proveedor de Salud (nombre):  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Proveedor de Salud Mental  
  
(Nombre): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

que se proporcione información medica del cliente a los miembros del siguiente *Equipo Multidisciplinario del Condado de Tehama*:  Sistema de Cuidado de Niños  Sistema de Cuidado de Adultos  Equipo para Adultos Mayor de Edad/Dependientes **Yo entiendo que el *Equipo* esta compuesto de los siguientes individuos y organizaciones: ( PONGA SUS INICIALES A TODO LO QUE APLIQUE )**

## AGENCIA DE SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE TEHAMA

- \_\_\_\_\_ División de la Clínica Medica
- \_\_\_\_\_ División de Droga y Alcohol
- \_\_\_\_\_ División de Salud Mental
- \_\_\_\_\_ División de Salud Publica

## OTROS LUGARES DE CUIDADO DE SALUD

- \_\_\_\_\_ Hospital Comunitario Sta. Elizabeth  
Especifique programa/departamento \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Proveedor de Salud (nombre):  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Proveedor de Salud Mental  
(Nombre): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Vea la próxima pagina para otros miembros del Equipo.

## JUSTICIA PENAL

\_\_\_\_\_ Departamento de Libertad  
Condicional del Condado de Tehama.

\_\_\_\_\_ Departamento de Alguacil del  
Condado de Tehama.

\_\_\_\_\_ Departamento de Policía del Red  
Bluff

\_\_\_\_\_ Departamento de Policía de Corning

\_\_\_\_\_ Departamento Correccional del  
Estado de California, División de Libertad  
Condicional

## EDUCACION

\_\_\_\_\_ Departamento de Educación del  
Condado de Tehama

Escuela: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Healthy Start

\_\_\_\_\_ Head Start

\_\_\_\_\_ Even Start

## SERVICIOS SOCIALES

\_\_\_\_\_ Departamento de Servicios Sociales  
del Condado de Tehama – Especifique  
programa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Servicios de Apoyo en el Hogar  
(IHSS)

\_\_\_\_\_ North Valley Catholic Social Services

\_\_\_\_\_ Children First

\_\_\_\_\_ New Directions to Hope

\_\_\_\_\_ Departamento de Rehabilitación del  
Estado de California

\_\_\_\_\_ Far Northern Regional Center

\_\_\_\_\_ Proveedor del Cuidado de Niños  
(nombre): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alternativas a la Violencia

\_\_\_\_\_ Agencia de Servicios de Familia

\_\_\_\_\_ Departamento de Desempleo

\_\_\_\_\_ Proveedor de Cuidado Residencial  
(nombre): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Job Training Center (Centro de  
Entrenamiento de Empleo)

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

## OTRO

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Esta autorización es voluntaria. El que se mencione tratamiento/cuidado de salud por parte de proveedores no garantiza el que califique para obtener beneficios, ser parte, o recibir tratamiento hasta que se firme esta autorización.

Información medica del Cliente se refiere a archivos escritos cuando son creados, y a comunicación directamente escrita o comunicación oral con los miembros del Equipo. Información medica del cliente solo incluye archivos y comunicación dentro de las siguientes categoría(s): **(POR FAVOR PONGA SUS INICIALES A TODO LO QUE APLIQUE)**

1. \_\_\_\_\_ Historial medico, psiquiátrico, de desarrollo, uso de droga y alcohol, y psicosocial.
2. \_\_\_\_\_ Reportes periódicos para evaluar el progreso del cliente durante tratamiento
3. \_\_\_\_\_ Resultados del Examen del VIH
4. \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

El propósito de esta autorización es para permitir que el Equipo reúna la información medica necesaria para formar un plan de servicios comprensivos y hacer referencias apropiadas. La información proveída, documentos revisados, y asuntos tratados son confidenciales y no pueden ser usados en procedimientos criminales.

**Nota:** Información medica del cliente revelada debido a esta autorización puede ser divulgada y no ser protegida por medio de las regulaciones de confidencia federal. Sin embargo la ley estatal de *California* prohíbe a personas que tienen información medica que divulguen esta información al menos que tenga su autorización escrita o se requiere específicamente o es permitido por la ley. Información medica del cliente divulgada por Servicios de Droga y Alcohol del Condado de Tehama son protegidos por 42 C.F.R. parte 2.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando esta información haya sido usada por el proveedor de tratamiento medico/consejeros. La revocación se puede ser en cualquier momento por teléfono, oralmente en persona o escrita a la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama, PO Box 400, Red Bluff, California, 96080. Si esta autorización no es revocada se vencerá un año después de la fecha en la cual es firmada.

Yo reconozco que recibí una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Parentesco al Paciente: (Individuo, Tutor, Protector, o Representante Personal)

**Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original**

# SISTEMA DE CUIDADO DEL CONDADO DE TEHAMA



## Autorización para proveer Información que No Es Medica al Equipo Multidisciplinario

El propósito de esta autorización es para permitir que el **Equipo** reúna información necesaria para formar un plan de servicios comprensivos y hacer referencias apropiadas para niños, jóvenes y/o adultos y sus familias que están participando en los siguientes *Equipo Multidisciplinario del Condado de Tehama (MDT)*:  Sistema de Cuidado para Niños  Sistema de Cuidado para Adultos  Equipo para Adultos Mayor de Edad/Dependientes

Por favor ponga sus iniciales a todo lo que aplique. Doy mi permiso para que cada uno de las agencias que tienen mis iniciales provean información que no es medica a todas las otras agencias que tienen mis iniciales información confidencial que no es medica sobre:

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<u>Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama</u>	<u>Otros Sitios de Cuidado de Salud</u>	<u>Justicia Penal</u>
_____ División de Droga y Alcohol	_____ Hospital Comunitario Sta. Elizabeth	_____ Dep. de Libertad Condicional del Condado de Tehama.
_____ División de Salud Mental	_____ Greenville Rancheria	_____ Dep. de Alguacil del Condado de Tehama
_____ División de la Clínica Medica	_____ Proveedor de Salud (nombre): _____	_____ Dep. de Policía de Red Bluff
_____ División de Salud Publica	_____ Proveedor de Salud (nombre): _____	_____ Dep. de Policía de Corning
		_____ Dep. Correccional del Estado de California, Div. De Libertad Condicional
<u>Educación</u>	<u>Servicios Sociales</u>	
_____ Dep. de Educación del Condado de Tehama	_____ Dep. de Servicios Sociales del Condado de Tehama	_____ Agencia de Servicios Familia
Escuela: _____	_____ Right Road Recovery Programs	_____ Dep. de Desempleo
Escuela: _____	_____ North Valley Catholic Social Services	_____ Learning Center of Tehama County
Escuela: _____	_____ Job Training Center (Centro de Entrenamiento de Empleo)	_____ Far Northern Regional Center
_____ Healthy Start	_____ Alternatives to Violence (Alternativas a la Violencia)	_____ Otro: _____

____ Head Start	____ Dep. de Rehabilitación	____ Proveedor de Cuidado Infantil (nombre):
____ Even Start	____ Proveedor de Cuidado Residencial (nombre):	_____

**Otro**

____ Otro: _____	____ Otro: _____	____ Otro: _____
------------------	------------------	------------------

Información confidencial que no es medica que puede ser divulgada por parte de esta autorización incluye los siguientes tipos de información que contiene sus iniciales mencionados abajo, pero no incluye archivos médicos, o información medica que es protegida.

____ Información contenida en los archivos confidenciales de la escuela	____ Información contenida en los archivos cumulativos de la escuela
____ Contratos de Ley y Fuerza publica	____ Estatus de elegibilidad de Medi-Cal
____ Disposición de estatus legal	____ Otro _____
____ Otro _____	____ Otro _____

Entiendo que mis archivos están protegidos bajo las regulaciones de confidencia Estatales y Federales y no pueden ser revelados sin mi consentimiento escrito solo que sean proveídos bajo las regulaciones. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto al grado que una acción haya sido tomada buena fe, y que en dado caso **ESTE CONSENTIMIENTO SE VENCE AUTOMATICAMENTE UN AÑO DESPUES DE ESTA FECHA.**

Servicios tratados dentro de esta autorización son confidenciales, con estas tres excepciones: (1) aquellos individuos que están obligados por ley informar a otra persona(s) si saben o creen que Ud. o un miembro de su familia están en peligro de lesionarse a si mismo o a alguien mas; (2) si hay sospechas razonables de que un niño, adulto dependiente, y/o adulto anciano ha sido abusado; y (3) bajo los principios de Tarasoff si ha hecho una amenaza a lesionar una victima identificada, se le avisara tanto a la victima como a los esfuerzos de la ley de esta amenaza.

Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en Letra de Molde

\_\_\_\_\_  
Parentesco al Paciente: (individuo, Tutor, Protector, o Representante Personal)

**Una copia de esta autorización tiene la misma validez como la original.**