

TEHAMA COUNTY HEALTH SERVICES AGENCY



Mailing Address – PO Box 400, Red Bluff, CA 96080

VALERIE S. LUCERO
EXECUTIVE DIRECTOR

DEANNA GEE
ASSISTANT EXECUTIVE DIRECTOR,
ADMINISTRATION

JAYME BOTTKÉ
ASSISTANT EXECUTIVE DIRECTOR,
PROGRAM

RICHARD WICKENHEISER, MD
PUBLIC HEALTH OFFICER

ADMINISTRATIVE &
FISCAL/DATA DIVISION
(530) 527-8491
FAX (530) 527-0240

CLINIC DIVISION
(530) 527-0350
FAX (530) 529-3881

DRUG & ALCOHOL DIVISION
(530) 527-7893
FAX (530) 527-0766

MENTAL HEALTH DIVISION
(530) 527-5631
FAX (530) 527-0232
CRISIS CLINIC
(530) 527-5637
FAX (530) 527-0249

PUBLIC HEALTH DIVISION
(530) 527-6824
FAX (530) 527-0362

CORNING OFFICE
MEURSER MEMORIAL
HEALTH CENTER
(530) 824-4890
FAX (530) 824-8443

AUTORIZACION DE ACCESO A LA INFORMACION

Nombre del cliente _____ Fecha de nacimiento _____ No. Archivo _____

Dirección Completa de cliente (incluir ciudad, estado, y código postal) _____

A. ¿A cuál División autoriza usted el acceso (otorgar y / o recibir) su información?

Por este medio autorizo a la siguiente División de la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama para compartir la información obtenida durante el curso de tratamiento / servicios (**firmar con sus iniciales sólo una División**).

_____ División de Drogas y Alcohol _____ División de Salud Pública
_____ División de la Clínica _____ División de Salud Mental

B. La información será compartida con la siguiente persona/ personas u organización (es):

El Condado de Tehama (TC) Departamento de Servicios Sociales:

_____ Servicios de Niños _____ Servicios de Empleo
_____ Servicios de Adultos _____ Asistencia Pública

_____ Departamento de Educación del Condado de Tehama

_____ Oficina del Auditor del Condado de Tehama

_____ Distrito Escolar _____

_____ Departamento de Libertad Condicional del Condado de Tehama/Fiscal del Distrito del Condado de Tehama

_____ Oficina del Sheriff del Condado de Tehama

_____ El Departamento de Correccionales de California (Libertad condicional)

_____ Tribunal Superior del Condado de Tehama

_____ Hospital Comunitario Sta. Elizabeth

_____ Administración de Seguridad Social (SSA)

_____ Proveedor Médico _____

_____ Otro: _____

_____ Otro: _____

_____ Otro: _____

C. Durante este período de tiempo: _____ a _____
(Evento o Fecha) (Evento o Fecha)

Si usted tiene preguntas acerca de esta autorización, favor comunicarse con:

al numero de teléfono:

D. ¿Qué información específica desea que sea compartida?

La información del cliente se refiere a registros escritos o copias y para dirigir comunicaciones escritas y orales con las partes identificadas en la Sección B de este documento de acceso a la información. La información del cliente incluye sólo registros y comunicaciones dentro de la siguiente categoría(ías). **Por favor firme con sus iniciales todo lo que aplica.**

SERVICIOS DE DROGAS Y ALCOHOL

1. _____ Evaluación, diagnóstico, y prognosis
2. _____ Historia de abuso de sustancia
3. _____ Plan de tratamiento de abuso de sustancia y detalles de la participación del cliente
4. _____ Reportes periódicos para evaluar el progreso del paciente en tratamiento
5. _____ Resultados de la prueba de droga
6. _____ Registros de factura
7. _____ Otro: _____

SERVICIOS DE SALUD MENTAL

1. _____ Notas de progreso
2. _____ Evaluación, diagnóstico, y prognosis
3. _____ Historia del tratamiento de salud Mental
4. _____ Plan de tratamiento de salud Mental y detalles de la participación del cliente
5. _____ Reportes periódicos para evaluar el progreso del paciente en tratamiento
6. _____ Resultados de exámenes psicológicos o vocacionales
7. _____ Resultados de exámenes médicos o de laboratorio
8. _____ Evaluaciones educacionales y reportes de comportamiento (incluyendo exámenes de observación escolar y educativos)
9. _____ Registros de facturas
10. _____ Otro: _____

OTROS SERVICIOS

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. _____ Evaluación, diagnóstico, y prognosis | 2. _____ Historial Médico |
| 3. _____ Plan(es) de cuidado | 4. _____ Notas de progreso |
| 5. _____ Resumen para dar de alta | 6. _____ Registros de facturas |
| 7. _____ Reportes periódicos para evaluar el progreso del paciente en tratamiento | |
| 8. _____ Resultados Médicos, Rayos X, Exámenes de laboratorio (excepto resultados de la prueba de VIH) | |
| 9. _____ Resultados del laboratorio del VIH | |
| 10. _____ Evaluaciones educacionales y reportes de comportamiento (incluyendo exámenes de observación escolar y educativos) | |
| 11. _____ Reportes de sala de emergencias | |

- | | |
|-----------|-------------|
| 12. _____ | Otro: _____ |
| 13. _____ | Otro: _____ |
| 14. _____ | Otro: _____ |

E. ¿Porqué desea que se comparta la información? (Por Favor firmar con sus iniciales todo lo que aplique.)

1. _____ Uso del cliente / representante personal
2. _____ Plan de tratamiento
3. _____ Cooperar con la corte en la resolución apropiada del caso pendiente
4. _____ Otro: _____

Yo ____ quiero ____ no quiero, que la información compartida sea usada (en testimonio o documento escrito) en una corte de ley, ya sea por al Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama o quienes reciban la información que esta identificados en la sección B.
Favor de firmar con sus iniciales SOLAMENTE UNA DE LAS OPCIONES

F. Tengo conocimiento que pueden haber cobros por los servicios de fotocopias que son regulados por el código de Seguridad de Salud de California §123110.

G. Expedientes del cliente difundidos por este documento pueden ser difundidos de nuevo y no ser protegidos por regulaciones confidenciales Federales (HIPAA) De cualquier manera, la ley estatal de California prohíbe a quienes reciben estos datos de esta información excepto con su autorización por escrito o específicamente requerida o permitida por la ley. Expedientes difundidos y los expedientes del cliente proporcionados por el programa de Nutrición Suplemental para Mujeres, Infantes, y Niños (WIC) y la División de Drogas y Alcohol del Condado de Tehama son restringidos por regulaciones federales (7 C.F.R. § 246.26 y 42 C.F.R. parte 2).

H. Yo entiendo que puedo revocar o anular esta autorización en cualquier momento, con excepción de la información que ya fue proporcionada por al Agencia de Servicios de Salud Del Condado de Tehama u otros. La revocación puede ser hecha a cualquier hora por teléfono, en persona, o por escrito a la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama, Post Office Box 400, Red Bluff, California 96080. La revocación tomará efecto cuando sea recibida por la Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama.

I. ¿Cuándo desea que este documento se venza? Esta autorización es válida por tres (3) años de la fecha que se firmo, a menos que una fecha de caducidad más temprano sea escrita aquí _____.

J. Yo ____ quiero ____ no quiero una copia de esta autorización firmada.

Nombre de Cliente _____ Fecha de Nacimiento _____ No. de Archivo: _____

K. Su firma:

Firma _____
Fecha

Nombre _____
Relación con el cliente (Mismo, Padre, Tutor,
Representante Legal, o Representante
Personal)

Testigo (opcional) _____
Fecha

Testigo (opcional) _____
Fecha

Esta autorización es voluntaria. La Agencia de Servicios de Salud del Condado de Tehama no puede condicionar elegibilidad para beneficios, para la matriculación, ni para el tratamiento para mantener valido este documento.

Una fotocopia de este documento es tan valida como el original.