SF Department of Public Health SF Health Network

NAME DOB MRN

PERMISO PARA COMPARTIR SUS NOTAS DE TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS (SUD)

Patient Label/Information

El Departamento de Salud Pública de San Francisco (DPH) se compromete a brindarle la mejor atención posible. Los miembros de nuestro equipo clínico necesitan comprender todo su historial médico y su atención dentro del DPH para poder ofrecerle la mejor y más segura atención. Para hacer esto, le pedimos su permiso para compartir toda la información relacionada con el uso de sustancias (consumo de drogas y alcohol).

Completar este documento significa que está dando permiso para el uso y/o divulgación de su información sobre el trastorno por uso de sustancias, como se detalla a continuación, de acuerdo con las leyes federales y de California. Proporcione toda la información marcada con un asterisco (*), de lo contrario, esta autorización no es válida

*Name/Nombre	
* Fecha de nacimiento:mm/dd/yy	MRN/BIS#
Quién puede compartir y recibir mi inf consumo de sustancias	formación personal sobre el
Autorizo (seleccione uno de los siguiente	es*)
Todos los usuarios de S	FDPH Electronic Health Records (EHR
Esto incluye, entre otros, proveedores y otros socios comunitarios de DPH.	personal autorizado en DPH, UCSF y
OR	
niciales Además de lo anterior, TA	MBIÉN doy mi consentimiento para
que mis notas sobre el uso de sustancia:	s se compartan a través de un
intercambio de información médica, com	o Epic Care Everywhere. Este
intercambio permitiría que otras organiza proveedores donde recibo atención teng sustancias.	

¿Qué estarán compartiendo?

Entiendo que parte de la información debe documentarse y compartirse en el Registro de salud electrónico (EHR) del DPH, como diagnósticos médicos, medicamentos, alergias, vacunas y resultados de pruebas. Esta información se comparte entre los equipos de atención clínica mediante el registro electrónico de salud (EHR, por sus siglas en inglés) del DPH. Esta información clínica no se puede bloquear para que no se comparta.

Entiendo que mi información sobre el uso de sustancias (drogas y alcohol) se puede usar con el fin de tratar, pagar y operar el trastorno por uso de sustancias; coordinación asistencial y mejora de la calidad.

¿Por cuánto tiempo doy mi permiso para compartir esta información? Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que revoque mi consentimiento antes, este consentimiento vencerá automáticamente diez (10) años después de la fecha de mi muerte o fecha de servicio.

Redivulgación: decirle mi información a otra persona Si la información de salud se divulga a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, se puede volver a divulgar (contar a otra persona) y es posible que ya no esté protegida. Esta es una ley de California.

MIS DERECHOS

- Puedo decidir no firmar esta autorización.
- Puedo revocar (cambiar de opinión acerca de) permitir que se comparta mi información SUD en cualquier momento. El cambio de opinión debe ser por escrito, firmado por mí o en mi nombre por alguien con la autoridad legal para hacerlo y entregado al sitio de mi proveedor.
- Mi revocación (cambiar de opinión) entrará en vigencia cuando el sitio de mi proveedor la reciba, pero entiendo que mi información que ya se compartió no se puede recuperar.
- Tengo derecho a obtener una copia de esta autorización.
- Si me niego a dar mi consentimiento para una divulgación, seguiré recibiendo servicios.

* Firma:	*Fecha:
Firma del padre/tutor/conservador:	
Interpreter ID:Witness:	
NOTE TO RECIPIENT OF SUD INFO	
Pursuant to Section 2.32 of 42 CFR, f Federal law/42 CFR part 2 prohibits u	the following notice is also provided: inauthorized disclosure of these records.
	sign this Permission Form. I have discussed this tions. Patient has been informed that certain viders. Patient appears to understand our
Provider Signature	Date: