



Sólo Para Uso de la Oficina:

Simon # _____

**Condado de San Bernardino
Departamento de Salud de la Conducta**

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Y ENVIADO AL REPRESENTANTE DE LOS DERECHOS DE PACIENTE DEL CONDADO

850 East Foothill Boulevard, Rialto, CA 92376
(800) 440-2391 ♦ Fax (909) 421-9258

Nombre del/la Beneficiario/a: _____ Fecha: _____ Hora: _____
(Use letra de molde o escriba claramente)

¿Es por Medio de un Representante Autorizado?: No Sí si responde sí,
Nombre: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Lenguaje Preferido: _____

Domicilio de Casa: _____ No. de SS: _____

Ciudad: _____ Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Clínica o Proveedor Privado: _____

Favor de Decirnos el Motivo de su Queja: _____

¿Cómo Le Gustaría que se Resolviera el Problema? _____

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Departamento de Salud de la Conducta del Condado de San Bernardino
AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

Nombre del/la Cliente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Seguro Social: _____

Al completar este documento usted autoriza que se libere, revele y/o use la información de salud sobre usted. La falta de proporcionar toda la información solicitada podría anular esta Autorización.

USO Y REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Por este medio autorizo a _____ que libere a:

(Nombre de la Instalación/Proveedor/Otro)

Los Derechos De Paciente, 850 East Foothill Boulevard, E-139, Rialto, CA 92376, teléfono de llamada gratuita (888) 743-1478, Fax (909) 421-9258

- a. Toda la información de salud perteneciente a mi historial médico, mental o condición física y tratamiento recibido – *O*
- Solamente los siguientes registros o información de tipos de salud (incluyendo cualquier fecha):

- b. Yo específicamente autorizo la liberación de la siguiente información (marque lo apropiado):
 - Información de tratamiento sobre la salud mental
 - Resultados de la prueba de VIH
 - Información sobre el tratamiento de alcohol/drogas

PROPÓSITO

El propósito para el uso o revelación solicitada:

La información solicitada se requiere con el fin de (1) asistir en lograr una resolución a mi queja, y (2) ayudar que el Programa de Gestión de Calidad de DBH prevenga que sucedan similares problemas en el futuro.

A Las Agencias Que Reciban Esta Información: Esta información está protegida por leyes estatales y federales y no deben entregarse a otros que no estén incluidos en esta Autorización sin tener una nueva autorización del cliente, a no ser que lo autorice de otra forma la ley. Si usted ha recibido una evaluación, tratamiento o referencia a un programa de alcohol y/o drogas, aplica lo siguiente: Esta información ha sido revelada a usted de ciertos registros protegidos por la ley/regla Federal de confidencialidad (42 CFR, Parte 2). La regla Federal prohíbe que usted haga cualquier otro tipo o mayor revelación/liberación de esta información, a no ser que sea expresamente/específicamente permitido por un consentimiento por escrito de la persona que firma esta Autorización o como lo permita la ley/regla Federal (42 CFR, Parte 2). Una Autorización general de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las leyes/reglas Federales limitan cualquier uso de información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

VENCIMIENTO

Esta Autorización se vence en [escriba la fecha]: _____ (por favor ver otro lado)

Departamento de Salud de la Conducta del Condado de San Bernardino
AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD (PHI)

MIS DERECHOS

- Yo me puedo negar a firmar esta Autorización. Esto no afectará mi capacidad de recibir tratamiento.
- Tengo el derecho a recibir una copia de esta Autorización.
- Hasta donde lo permite la ley, puedo inspeccionar o sino obtener una copia de la información de salud por la que me piden que autorice el uso o revelación de la misma.
- Yo puedo anular esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y presentarla al domicilio que está a continuación: _____

Mi cancelación entra en vigor al ser recibida, salvo hasta donde otros hayan actuado dependiendo en esta Autorización.

La información revelada por esta Autorización podría volver a ser revelada por quien la reciba y el hecho de volver a revelarla es, en algunos casos, no protegido por la ley de California y podría ya no estar protegida por la ley federal de confidencialidad (HIPAA).

FIRMA

Fecha: _____

Hora: _____ am pm

Firma: _____

(paciente/representante/cónyuge/parte responsable financieramente)

Si la firma otra persona que no es el/la paciente, declare su relación legal con el/la paciente:

Testigo: _____