ADMINISTRATIVE LEGAL

NOTE: All legal documents are currently on paper and are kept in the hybrid/paper chart.

Informed Consent For Use of Psychotropic Medications

2014

WHEN: Whenever psychotropic medication is prescribed.

ON WHOM: All clients receiving psychotropic medication.

COMPLETED BY: M.D.

MODE OF COMPLETION: Legibly handwritten on HHSA:MHS-005 or HHSA:MHS-006 (Spanish Version)

REQUIRED ELEMENTS: State law defines informed consent as the voluntary consent of the client to take psychotropic medication after the physician has reviewed the following with him/her:

- Explanation of the nature of the mental problem and why psychotropic medication is being recommended.
- The general type (antipsychotic, antidepressant, etc.) of medication being prescribed and the medication's specific name.
- The dose, frequency and administration route of the medication being prescribed.
- What situations, if any, warrant taking additional medications.
- How long it is expected that the client will be taking the medication.
- Whether there are reasonable treatment alternatives.
- Documentation of "informed consent" to take psychotropic medication. A new form is to be completed:
  - When a new or different type of medication is prescribed.
  - When the client resumes taking medication following a documented withdrawal of consent.

INFORMED CONSENT FOR THE USE OF PSYCHOTROPIC MEDICATION

Client Information and Consent (Please read this form carefully and completely)

■ You have the right to be informed; be given information about your care and to ask questions.
■ You have the right to accept or reject all or any part of your care plan.
■ You have the right to revoke consent verbally or in writing to any member of the treating staff for any reason at any time.
■ You have the right to language/interpreting services. Services Requested: ☐ YES ☐ NO
■ You have the right to a copy of this Consent: Copy Requested? ☐ YES ☐ NO

Emergency Treatment: In certain emergencies, medication may be given to you when it is impractical to obtain consent. However, once the emergency has passed, medication will continue with your informed consent. *(An emergency is a temporary, sudden marked change requiring action to preserve life or prevent serious bodily harm to client or others).*

Your medical practitioner is prescribing the following psychotropic medication(s) for you:

Medication(s) Name	Medication Info. Sheet Given (check box) ☑
	☐ YES ☐ NO
	☐ YES ☐ NO
	☐ YES ☐ NO
	☐ YES ☐ NO
	☐ YES ☐ NO
	☐ YES ☐ NO

In order to be informed and give consent, your medical practitioner will discuss the following information with you:

Verbal Information Discussed with Client

1. Nature and seriousness of your mental illness
2. Reason(s) for medication(s) including the likelihood of improving, or not improving with or without the medication(s)
3. Reasonable alternative treatments and why the medical practitioner is recommending this particular treatment
4. Type, range of frequency and amount (including PRN orders), method (oral or injection), duration of taking medication(s)
5. Probable side effects known to commonly occur, and any particular side effects likely to occur
6. Possible additional side effects which may occur when taking medication(s) beyond three months
7. If prescribed a ***conventional/typical or atypical antipsychotic medication***, information will be given to you about **tardive dyskinesia,** a possible side effect caused by ***typical/atypical antipsychotic medication***. It is characterized by involuntary movements of the face or mouth and/or hands and feet. These symptoms are potentially irreversible and may appear after medication has been discontinued.

Client: _____

Case #: _____

Program: _____

Client's Consent:

Based upon the information I have read, discussed and reviewed with my medical practitioner:
(check one of the following)

- ❑ I understand and give consent to the use of the psychotropic medication(s) on page one.
- ❑ I give verbal consent only; refuse to sign form.
- ❑ I do not approve/consent to the use of the psychotropic medication(s) listed below.

Please list: _____

_____

Signature of Client/Legal Rep./Guardian Date

Medical Practitioner Statement:

I have reviewed, discussed and recommend the medication plan (page 1) for above client and:

- ❑ Client gives consent to take these medications.
- ❑ Client gives verbal consent, but unwilling or unable to sign.
- ❑ Emergency. Given medication without consent.
- ❑ Unable to understand risks and benefits, and therefore cannot consent.
- ❑ Other Comments: _____

_____

_____

Medical Practitioner Signature Date

_____

Printed Name

_____

Witness Signature (if applicable): Date

Client: _____

Case #: _____

Program: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Consentimiento e información al cliente (Por favor lea todo el formulario cuidadosamente)

- Usted tiene derecho a ser informado; a que se le dé información sobre la atención que recibe y a hacer preguntas.
- Usted tiene derecho a aceptar o a rechazar todo su plan de atención, o cualquier parte del mismo.
- Usted tiene derecho a revocar su consentimiento verbalmente o por escrito a cualquier miembro del personal de tratamiento por cualquier razón y en cualquier momento.
- Usted tiene derecho a servicios de intérprete. Solicitó servicios: ☐ SÍ ☐ NO
- Usted tiene derecho a tener una copia de este Consentimiento: Solicitó copia: ☐ SÍ ☐ NO

Tratamiento de emergencia: En determinadas emergencias se le suministrarán medicamentos cuando no sea posible obtener su consentimiento. Sin embargo, una vez que la emergencia haya pasado, se continuará la administración del medicamento bajo su consentimiento informado. *(Una emergencia es un cambio notable repentino y temporal que requiere de una acción inmediata para preservar a vida o para prevenir daño corporal grave al cliente o a otras personas).*

Su médico le está recetando el/los siguiente(s) medicamento(s) psicotrópico(s):

Nombre del medicamento(s)	Se entregó página informativa del medicamento(s) (marque) ☑
	☐ SÍ ☐ NO
	☐ SÍ ☐ NO
	☐ SÍ ☐ NO
	☐ SÍ ☐ NO
	☐ SÍ ☐ NO
	☐ SÍ ☐ NO

Su médico hablará con usted sobre la siguiente información para que usted esté informado y dé su consentimiento:

Información verbal que se habló con el cliente

1. Naturaleza y gravedad de su enfermedad mental
2. Razón o razones para la administración del medicamento(s) incluyendo la posibilidad de mejorar, o de no mejorar, con o sin el medicamento(s)
3. Alternativas razonables de tratamiento y la razón por la que el médico recomienda este tratamiento en particular.
4. Tipo, frecuencia y cantidad (incluyendo órdenes de la enfermera registrada del proyecto (PRN)), método (oral o inyección), duración de la toma de medicamento(s).
5. Efectos secundarios probables que se sabe ocurren comúnmente y cualquier otro efecto secundario en particular que pudiera ocurrirle a usted.
6. Efectos adicionales posibles que pudieran ocurrir si se toma el medicamento(s) por más de tres meses.
7. Si se recetara un medicamento antipsicótico atípico o convencional/típico, se le proporcionará información acerca de la **disquinesia tardía**, un posible efecto secundario causado por medicamentos antipsicóticos típicos/atípicos. Se caracteriza por movimientos involuntarios de la cara o boca y/o de las manos y pies. Estos síntomas son potencialmente irreversibles y pueden aparecer después de que se ha descontinuado el uso del medicamento.

Consentimiento del cliente:

En base a la información que he leído, revisado y/o hablado con mi médico:
(marque uno de los siguientes)

- ❑ Yo entiendo y doy mi consentimiento para el uso del medicamento(s) psicotrópico(s) descrito en la página uno.
- ❑ Solamente doy mi consentimiento verbal; me niego a firmar el formulario.
- ❑ No doy mi aprobación/consentimiento para el uso del medicamento(s) psicotrópico(s) enumerado(s) a continuación.

Por favor enumere: _____

_____

Firma del cliente/Representante legal/Tutor Fecha

Declaración del médico:

Yo he revisado, hablado y recomendado al cliente el plan de medicamentos anterior (página 1), y:

- ❑ El cliente da su consentimiento para tomar estos medicamentos.
- ❑ El cliente da su consentimiento verbal, pero se niega o no puede firmar.
- ❑ Emergencia. Se administra el medicamento sin el consentimiento.
- ❑ No puede entender los riesgos y beneficios, y por lo tanto no puede dar su consentimiento.
- ❑ Otros comentarios:

_____

_____

_____

Firma del psiquiatra Fecha

_____

Nombre (letra de imprenta)

_____

Firma del testigo (si lo hubiera): Fecha

إتفاق إستعمال العلاج النفسي

معلومات العميل و قبوله بشروط الإتفاق (الرجاء مراجعة هذه الإستمارة بدقة و بشكل كامل)

- لديك حق الإطلاع على المعلومات المتعلقة بعلاجك و حق طرح أي أسئلة تتعلق بذلك.
- لديك الحق بقبول أو رفض أي جزء من خطة علاجك.
- لديك الحق بإلغاء هذا الإتفاق شفهياً أو تحريرياً و ذلك عن طريق إبلاغ أي من أعضاء الفريق المشرف على علاجك و ذلك لأي سبب كان و في أي وقت تختاره.
- لديك حق الحصول على خدمات الترجمة بلغتك الأم. هل ترغب بالحصول على خدمات الترجمة؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**
- لديك الحق بالحصول على نسخة من هذا الإتفاق. هل ترغب بالحصول على نسخة من هذا الإتفاق؟ ☐ **نعم** ☐ **لا**

العلاج في الحالات الطارئة: في بعض الحالات الطارئة، قد يتم إعطائك دواءاً (عقاراً) معيناً عندما يكون من غير الممكن الحصول على موافقتك على ذلك. لكن بعد تجاوز الحالة الطارئة، سيستمر إستخدام الدواء (العقار) فقط بعد موافقتك على ذلك. (*الحالة الطارئة هي حالة مؤقتة، يصاحبها تغير مفاجئ يتطلب فعل ما لحماية إستمرارية الحياة أو منع حصول أذى خطير لجسد العميل أو الأخرين*).

يصف طبيبك الأدوية (العقاقير) التالية لك:

إسم الدواء (العقار)	بيانات الدواء (العقار). هل تم إعطاءك بيانات الدواء (العقار) (إختر المربع المناسب) ☑
	☐ **نعم** ☐ **لا**
	☐ **نعم** ☐ **لا**
	☐ **نعم** ☐ **لا**
	☐ **نعم** ☐ **لا**
	☐ **نعم** ☐ **لا**
	☐ **نعم** ☐ **لا**

من أجل أن يتم إطلاعك على المعلومات و الحصول على موافقتك، سيقوم طبيبك بمناقشة المعلومات الواردة أدناه معك:

المعلومات التي سيتم مناقشتها مع العميل شفهياً

1. طبيعة و خطورة مرضك النفسي
2. الأسباب التي تستدعي أخذك للدواء (العقار) و بضمنها إحتمالية تحسن حالتك أو عدم تحسنها عند أخذ أو عدم أخذ الدواء (العقار)
3. دواء (عقار) بديل منطقي و سبب إختيار الطبيب لهذا الدواء (العقار) بالذات
4. نوع و عدد مرات إستخدام و كمية (بضمنها الدواء الذي يؤخذ عند الحاجة فقط) و طرق (سواء كان عن طريق الفم أو الحقن) و الفترة التي يجب خلالها أخذ الدواء (العقار)
5. الأعراض الجانبية المحتمل حدوثها، و أي أعراض جانبية يمكن أن تتعرض لها
6. الأعراض الجانبية المحتمل حدوثها عند إستخدام الدواء (العقار) لأكثر من ثلاثة أشهر
7. إن تم وصف دواء (عقار) إعتيادي أو غير إعتيادي للذهان (الهذيان)، سيتم إطلاعك على بينات حالة Tardive Dyskinesia و هي عرض جانبي محتمل عند إستخدام الدواء (العقار) الإعتيادي أو الغير الإعتيادي للذهان. يمكن تشخيص أعراض هذه الحالة بالحركات اللاإرادية لعضلات الوجه و الفم و/أو اليدين و القدمين. عادةً، ليس بالمستطاع التخلص من هذه الأعراض و قد تستمر بالحصول حتى بعد توقفك عن أخذ الدواء (العقار).

موافقة العميل

بناءاً على المعلومات التي قرأتها و/أو قمت بمناقشتها و/أو مراجعتها مع طبيبي:
(حدد خياراً واحداً من الخيارات التالية)

- ❑ إني أقر و أوافق على إستخدام الأدوية (العقاقير) الواردة في الصفحة رقم 1 من هذه الإستمارة.
- ❑ أمنح موافقتي الشفهية فقط، و أرفض توقيع هذه الإستمارة.
- ❑ لا أوافق على إستخدام الأدوية (العقاقير) المذكورة أدناه.

الرجاء ذكر أسماء الأدوية (العقاقير) _____

_____

توقيع العميل/الممثل القانوني/الوصي التأريخ

بيان الطبيب

لقد قمت بمراجعة و مناقشة و نصح العميل المذكور أعلاه بخطة العلاج الواردة في الصفحة رقم 1 من هذه الإستمارة و:

- ❑ وافق العميل على أخذ هذه الأدوية (العقاقير)
- ❑ وافق العميل شفهياً على أخذ هذه الأدوية (العقاقير)، إلا إنه غير راغب أو غير قادر على توقيع هذه الإستمارة.
- ❑ الحالة طارئة، و تم إعطاء العلاج للعميل دون موافقته.
- ❑ لم يكن العميل قادراً على تفهم المخاطر و الفوائد و لذلك لا يستطيع الموافقة.
- ❑ تعليقات أخرى: _____

_____

_____ _____

توقيع الطبيب النفسي التأريخ

_____

الإسم (يكتب بشكل واضح)

_____ _____

توقيع الشاهد (إن وجدت الحاجة إليه) التأريخ

THÔNG TIN VỀ VIỆC ĐỒNG Ý DÙNG THUỐC CÓ ẢNH HƯỞNG TÂM THẦN

Tài liệu về thân chủ và Sự Đồng Ý (Consent).

Bạn có quyền được biết, được thông báo và được quyền hỏi cho rõ về việc chữa trị cuả bạn.

Bạn có quyền chấp nhận hay chối bỏ tất cả hay một phần trong chương trình chữa trị cho bạn.

Bạn có quyền rút lại sự đồng ý bằng lời nói hay viết đơn tới bất cứ nhân viên chữa trị bất cứ lúc nào và vì bất cứ lý do gì.

Bạn có quyền xin dịch vụ thông dịch. Bạn có cần không: ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Bạn có quyền giữ một bản sao của tờ Đồng ý này: Bạn có muốn không? ☐ CÓ ☐ KHÔNG

Chữa Trị Khẩn Cấp: Trong một số trường hợp khẩn cấp , bạn được dùng thuốc dù không thể lấy bản đồng ý. Tuy nhiên, khi khẩn cấp đã qua, thuốc sẽ được cung cấp với sự đồng ý cuả bạn *(Khẩn cấp là một lúc cấp thời, sự việc xẩy ra đòi hỏi hành động phải làm để duy trì mạng sống và tránh thương tích cho bệnh nhân và cho các người khác).*

Bác sĩ cuả bạn đã kê các thuốc có tác dụng tâm thần sau nay cho bạn:

Tên Thuốc	Tên Thuốc

Để hiểu rõ và đồng ý,bác sĩ của bạn sẽ bàn về các dữ kiện sau nay với bạn:

Các điều đã thảo luận bằng lời nói với thân chủ

1. Bệnh trạng nặng nhẹ về tâm thần của bạn
2. Lý do dùng thuốc, kể cả cơ hội sẽ bớt bệnh, hay không bớt, cho dù có thuốc hay không.
3. Các cách chữ trị khác và lý do bác sĩ chọn cách chữa trị này
4. Loại, tính thường xuyên, số lượng (kể cả toa PRN), Phương thức (chích hoặc uống), thời gian dùng thuốc bao lâu .
5. Các phản ứng phụ thường xảy ra, và bất cứ các phản ứng phụ có thể xẩy ra cho bạn.
6. Các phản ứng phụ có thể xảy ra khi dùng thuốc lâu hơn ba tháng.
7. Nếu kê toa loại thuốc ***theo quy ước/thông thường hay không thông thường chống rối loạn tâm thần,*** dũ kiện sẽ cung cấp cho bạn về **tardive dyskinesia,** một phản ứng phụ có thể xẩy ra bởi ***thuốc chữa trị thông thường hay không thông thường*** . Phản ứng này gây ra việc tự nhiên rung bắp thịt mặt, miệng và/hoặc tay chân. Những triệu chứng này có thể không trở lại bình thường và có thể xẩy ra sau khi đã ngừng thuốc.

Client: _____

MR/Client ID #: _____

Program: _____

Sự Đồng Ý của Bệnh Nhân:

Sau khi đã đọc những thông tin trên, bàn thảo và coi lại với bác sĩ của tôi :
(chọn một trong những câu dưới đây)

- ❑ Tôi hiểu và đồng ý dùng các thuốc có ảnh hưởng tâm thần ở trang 1.
- ❑ Tôi đồng ý bằng lời nói mà thôi; từ chối ký tên vào mẫu.

Tôi không chấp thuận/đồng ý để dùng các thuốc thuốc có ảnh hưởng tâm thần sau đây:

Xin kể ra: _____

_____

Chữ kýcủa khách hàng/Đại diện pháp lý/Người giám hộ Ngày

Lời Ghi của Bác Sĩ:

Tôi đã coi lại, bàn thảo và đề nghị thuốc chữa trị (Trang 1) cho bệnh nhân nói trên và:

- ❑ Bệnh nhân đồng ý dùng các thuốc .
- ❑ Bệnh nhân đồng ý bằng lời nói; nhưng không muốn ký tên vào mẫu
- ❑ Khẩn cấp, Cho dùng thuốc không có sự đồng ý.
- ❑ Không hiểu sự nguy hiểm và phúc lợi của thuốc, do đó không thể đồng ý.
- ❑ Ghi chú thêm: _____

_____

_____

Chữ ký bác sĩ tâm thần: Ngày

_____

Viết tên

_____

Chữ ký nhân chứng (nếu có): Ngày

ADVANCE DIRECTIVE ADVISEMENT - PAPER

2014

WHEN:	Provide clients with written information concerning their rights under federal and state law regarding Advance Medical Directives at the first face to face contact (or when legally required based on age or emancipation status) for services and thereafter upon request by the beneficiary. Federal regulations put this into effect as of June 1, 2004.
ON WHOM:	All new adult clients and emancipated minors.
COMPLETED BY:	Any program staff member who provided the written instruction.
MODE OF COMPLETION:	Legibly handwritten on Advance Directive Advisement form (MHS-611).
REQUIRED ELEMENTS:	Check appropriate box to reflect if client has been informed of right to have an Advance Directive (AD); if AD brochure was offered; if client has an executed AD; and when applicable if AD has been placed in medical record when provided by the client. Check box to indicate if client has been informed that complaints concerning noncompliance with AD requirements may be filed with the California Department of Health Services, Licensing and Certification Division at P.O. Box 997413, Sacramento, CA 95899-1413 or by calling 1-800-236-9747. Inform client of right to have AD placed in Medical Record. Staff member who advises client of AD shall sign and date the form. T Bar shall include the client's name, case number, and program name.

ADVANCE DIRECTIVE ADVISEMENT

Code of Federal Regulations (CFR) Chapter IV, Part 489.100 defines Advance Directives as: "a written instruction, such as living will or durable power of attorney for health care, recognized under State law (whether statutory or as recognized by the courts of the State), relating to the provision of health care when the individual is incapacitated."

CRF Section 422.128 requires that all "M+C organizations" maintain written policies and procedures to meet the requirements of informing all adult individuals and emancipated minors receiving medical care by or through the M+C organization about advance directives. This information must reflect consequent changes in State law, no later than 90 days after the effective date of the State law.

As of June 1, 2004 Federal Regulations requires that all NEW adult clients (18 years and older) and emancipated minors be informed of their right to have an Advance Directive (AD). Therefore all clients who turn 18 or become emancipated after June 1, 2004 shall be informed of their right to have an AD. This physical health AD allows the individual to outline the kind of healthcare treatment they want, and who can speak on their behalf when they are not able to communicate their wishes. See County of San Diego Advance Directives Policy and Procedure Number 01-01-130.

Informed client of right to have an Advance Directive: ☐Yes ☐No

Offered Advance Directive Brochure: ☐Yes ☐No

Client has been informed that complaints concerning noncompliance with AD requirements may be filed with: California Department of Health Services
Licensing and Certification Division ☐Yes ☐No
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-1413
1-800-236-9747

Does client have an executed Advance Directive: ☐Yes ☐No ☐Client did not disclose

Informed client of right to have AD placed in medical record: ☐Yes ☐No
Provided AD shall be attached to this form and placed in client's medical record in Medical Section.

Staff Signature: _____ Date: _____

REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPY OF PROTECTED HEALTH INFORMATION
(County Providers)

WHEN: Upon request for access and/or copy of medical record or excerpts from medical record.

ON WHOM: All Mental Health Clients.

COMPLETED BY: Client and/or guardian.

MODE OF COMPLETION: Legibly handwritten or typed on 23-01 HHSA (04/03).

REQUIRED ELEMENTS:

- Date.
- Client information to include last name, first name, middle initial, address, city/state, zip code, any AKA's, telephone number, SSN (optional), and DOB.
- Representative information, when client/guardian wishes to have information given to another person or entity.
- Check or listing of information that is being requested.
- Beginning and end date of search.
- Where and how information is being requested (in person, mail, specific location).
- Signature and date of client and/or legal guardian submitting request.
- Staff member processing the request shall sign and date form as well as complete T Bar information to include the client's name, Case number, and program name.

Individual who consents to treatment may submit request. Clients who are 18 years of age or older or emancipated may submit their own request. Additionally, under some circumstances a minor 12 years and older may submit their own request (see Welfare and Institutions Code 14010 and Family Code 6924, 6929, 7050).

Day Programs provide an all-inclusive rate and shall capture the billing of all clients enrolled in their program on a given day utilizing their own program's billing record.

NOTE: This is a county form for county providers. Contracted providers are to seek their own legal counsel. Form available on County Internet.

COUNTY OF SAN DIEGO

REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPY OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

You have the right to request to review your personal health information we create or maintain. You also have the right to request copies of those records for which you will be charged $.15 per page. Within five (5) business days after we receive your request to access your record, one of our staff will contact you to set an appointment for you to review your records or we will inform you in writing that we have denied your request for access and state the reason why. After you have completed this form, you need to mail or return it to:

SAN DIEGO COUNTY MENTAL HEALTH
P.O. BOX 85524
SAN DIEGO, CA 92186-5524
(619) 692-5700 EXT 3

DATE:

PATIENT/RESIDENT/CLIENT		
LAST NAME:	FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:
ADDRESS	CITY/STATE:	ZIP CODE:
AKA'S		
TELEPHONE NUMBER:	SSN:	DATE OF BIRTH:

County of San Diego

REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPY OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Client: _____

Record Number: _____

Program: _____

REPRESENTATIVE INFORMATION

(Complete only if you want us to give your information to another person or entity.)

I authorize the following person to receive the requested information.

LAST NAME OR ENTITY:	FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:
ADDRESS	CITY/STATE:	ZIP CODE:
RELATIONSHIP:		TELEPHONE NUMBER:

PERSONAL HEALTH INFORMATION TO WHICH YOU WANT ACCESS

- ☐ History and Physical Examination
- ☐ Discharge Summary
- ☐ Progress Notes
- ☐ Medication Records
- ☐ Interpretation of images: x-rays, sonograms, etc.
- ☐ Laboratory results
- ☐ Dental records
- ☐ Psychiatric records including Consultations
- ☐ HIV/AIDS blood test results; any/all references to those results
- ☐ Physician Orders
- ☐ Pharmacy records
- ☐ Immunization Records
- ☐ Nursing Notes
- ☐ Billing records
- ☐ Drug/Alcohol Rehabilitation Records
- ☐ Complete Record
- ☐ Other *(Provide description)* _____ _____ _____

From what dates do you want information *(period of time)*

Date to begin search:	Date to end search:

County of San Diego

REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPY OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Client: _____

Record Number: _____

Program: _____

ACCESS METHOD AND LOCATION	
Where and when do you want to inspect or receive copies of your information:	
IN PERSON: ☐ YES	LOCATION:
COPIES BY MAIL: ☐ YES	

YOUR SIGNATURE	
SIGNATURE:	DATE:

FOR OFFICE USE

VALIDATION	
SIGNATURE OF STAFF PERSON VALIDATING INFORMATION:	DATE:
SIGNATURE OF HEALTH CARE PROVIDER*:	DATE:

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION
(County Providers)

2014

WHEN: Completed to request information from other parties, and/or when releasing information.

ON WHOM: All clients for whom exchange of information with another party is warranted.

Applicable State and federal law allows for exchange of information between health care providers for the purpose of treatment and payment. Additionally, see DMH Information Notice No.: 04-07 for change in confidentiality of Mental Health Information.

COMPLETED BY: Staff member who identifies need to request or exchange information on behalf of the client.

MODE OF COMPLETION: Legibly handwritten or typed on 23-07 HHSA (2014/09) form.

REQUIRED ELEMENTS:

- Current date.
- Client information which includes: last name, first name, middle initial, address, city/state, zip code, telephone number, SSN (optional), DOB, and any AKA's.
- Individual or organization authorized to make disclosure.
- Individual or organization to whom the information may be disclosed to and used by.
- Type of information to be disclosed.
- Expiration date, event or condition (when not specified authorization shall expire in one calendar year from the date it was signed).
- Signature of client or legal representative/guardian with date.
- Validation of form with signature and date of provider is optional.
- T Bar shall include client's name, InSyst number, and program name.

Individual who consents to treatment is responsible for authorizations. Clients who are 18 years of age or older or emancipated may sign for their own authorization. Additionally, under some circumstances a minor 12 years and older may sign for authorization (see Welfare and Institutions Code 14010 and Family Code 6924, 6929, 7050).

.

DEPENDENTS & WARDS:

An ex-parte or court order may be utilized to authorize use or disclosure of protected health information.

Authorization to Use or Disclose Protected Health Information – Parent (number 04-24A-P and dated 06/13) is generated by the Child Welfare Services worker for the parent / guardian to sign for the purpose of disclosing protected health information to the Child Welfare Services worker.

Order for Release of Protected Health and Education Information (number 04-24A-C and dated 06/13) is generated by the Courts for the purpose of disclosing protected health information to the Child Welfare Services worker.

SCHOOL:

Authorization for Use or Disclosure of Health Information to School Districts. Dated 10/20/03. May be used for exchange of information with the school.

NOTE:

This is a county form for county providers. Contracted providers are to seek their own legal counsel regarding authorization and appropriate forms.

Assembly Bill No. 715 that was filed with Secretary of State September 29, 2003 requires that authorizations be printed in 14-point type.

Authorization as written is one-directional, allowing the authorized party to disclose information to the party designated to receive the information.

HIPAA forms in threshold languages are available through the County Internet. From the County Website go to: depart/employees, dept/program home pages, Select H (from alpha list), Health and Human Services Agency, Documents, Forms, scroll down and you will see a multitude of HIPAA forms.

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

CLIENT'S INFORMATION		
LAST NAME:	FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:
CASE NUMBER:	SSN:	DATE OF BIRTH:

HOW DO WE REACH YOU?			
PHONE NUMBER:	ADDRESS:	CITY/STATE:	ZIP CODE:
IF YOU ARE NOT THE CLIENT:			
PRINT YOUR NAME:		INDICATE YOUR RELATIONSHIP TO CLIENT:	

WHO MAY SHARE THE INFORMATION:		
NAME OF PERSON OR ENTITY:		PHONE NUMBER:
ADDRESS	CITY/STATE:	ZIP CODE:
PURPOSE OF REQUEST:		

WHO MAY RECEIVE THE INFORMATION		
NAME OF PERSON OR ENTITY:		PHONE NUMBER:
ADDRESS	CITY/STATE:	ZIP CODE:

WHAT INFORMATION MAY BE SHARED

- ☐ Billing Records
- ☐ Complete Record
- ☐ Diagnosis Information
- ☐ Discharge Records
- ☐ Drug/Alcohol Treatment Information
- ☐ HIV/AIDS blood test results and any/all references to those
- ☐ Immunization Records
- ☐ Laboratory Results
- ☐ Medication Information
- ☐ Mental Health Records
- ☐ Photos/Videos
- ☐ Treatment/Service Information
- ☐ Other: _____

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

WHAT YOUR AUTHORIZATION MEANS

Sensitive Information: Records may include information relating to sexually transmitted diseases, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), or the Human Immunodeficiency Virus (HIV). They may also include information about behavioral or mental health services or treatment for alcohol and drug abuse.

Right to Revoke: You have the right to revoke this authorization at any time. If you revoke this authorization, you must do so in writing. Your revocation will not apply to information that has already been released.

Period of Disclosure: You can provide a start and/or end date (or event) for the authorization to be in effect. This means records will only be shared between the dates you specify.

This authorization will begin on the following Start Date: _____

- If no Start Date is specified, this authorization will be effective on the date signed.

This authorization will expire on the following End Date or Event: _____

- If no End Date or Event is specified, this authorization will expire one (1) calendar year from the date signed.

Redisclosure: If you have authorized protected health information to be disclosed to someone who is not legally required to keep it confidential, it may be redisclosed and will no longer be protected.

Other Rights:

1. Authorizing the disclosure of this information is voluntary. You can refuse to sign this authorization. You do not need to sign this form to receive treatment. However, if this authorization is needed for participation in a research study, enrollment in the research study may be denied.
2. You may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in 45 Code of Federal Regulations section 164.524.
3. You have right to receive a copy of this authorization. Would you like a copy of this authorization? ☐ Yes ☐ No
4. For more information about your privacy rights, see the Notice of Privacy Practices on our website: www.cosdcompliance.org or contact the Privacy Officer at 619-338-2808 or at PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

SIGNATURE

SIGNATURE:	DATE:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

INFORMACIÓN DEL CLIENTE		
APELLIDO(S):	PRIMER NOMBRE:	INICIAL SEGUNDO NOMBRE:
NÚMERO DE CASO:	NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (SSN):	FECHA DE NACIMIENTO:

¿CÓMO PODEMOS CONTACTAR CON USTED?			
NÚMERO DE TELÉFONO:	DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
SI USTED NO ES EL CLIENTE?			
ESCRIBA SU NOMBRE CON LETRA DE MOLDE:		INDIQUE LA RELACIÓN QUE TIENE CON EL CLIENTE:	

QUIÉN PUEDE COMPARTIR LA INFORMACIÓN:		
NOMBRE DE LA PERSONA O ENTIDAD:		NÚMERO DE TELÉFONO:
DIRECCIÓN:	CIUDAD/ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
PROPÓSITO DE LA SOLICITUD:		

QUÉ INFORMACIÓN SE PUEDE COMPARTIR

- ☐ Registros de facturación
- ☐ Todo el expediente
- ☐ Información de diagnóstico
- ☐ Registros de egreso
- ☐ Información de tratamiento de drogas/alcohol
- ☐ Resultados de pruebas sanguíneas de VIH/SIDA y cualquier/toda referencia a los mismos
- ☐ Registros de vacunas
- ☐ Resultados de laboratorio
- ☐ Información médica
- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Fotos/videos
- ☐ Información de tratamiento/servicios
- ☐ Otro: _____
  _____

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

EL SIGNIFICADO DE SU AUTORIZACIÓN

Información confidencial: Los registros pueden incluir información relacionada con enfermedades transmitidas sexualmente, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), información sobre servicios de salud mental o de comportamiento o tratamiento contra el abuso de alcohol y drogas.

Derecho a la revocación: Usted tiene el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si usted revoca esta autorización, lo debe hacer por escrito. Su revocación no se aplicará a la información que ya haya sido divulgada.

Plazo de divulgación: Usted puede proporcionar una fecha de inicio y/o final (o evento) para la cual será válida la autorización. Esto quiere decir que los registros solamente se compartirán entre las fechas que usted especifique.

Esta autorización será válida a partir de la siguiente fecha inicial: _____

- Si no se especifica una fecha inicial, será válida a partir de la fecha en que se firmó.

Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha final o evento: _____

- Si no se especifica fecha final o evento, esta autorización se vencerá en un (1) año civil a partir de la fecha en que se firmó.

Divulgación por terceros: Si yo he autorizado la divulgación de mi información protegida de salud a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla con carácter confidencial, puede divulgarse a terceros y ya no será información protegida.

Otros derechos:

1. La autorización de divulgación de esta información es voluntaria. Usted puede negarse a firmar esta autorización. Usted no tiene que firmar este formulario para recibir tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesaria para participar en un estudio de investigación, puede que se le niegue la inscripción al estudio.
2. Usted puede inspeccionar u obtener una copia de la información que se usará o divulgará, establecido en la sección 164.524 / código 45 de las Reg. Federales.
3. Usted tiene el derecho a recibir una copia de esta autorización. ¿Desea una copia de esta autorización? ☐ Sí ☐ No
4. Para obtener información adicional, consulte El Aviso de las Prácticas de Privacidad en nuestro sitio en línea: www.cosdcompliance.org o póngase en contacto con el Funcionario de Privacidad llamando al 619-338-2808 o escribiendo a PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

FIRMA

FIRMA:	FECHA:

تصريح استخدام المعلومات الصحية المحمية أو الكشف عنها

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Arabic

معلومات العميل		
اسم العائلة:	الاسم الأول:	الاسم الأوسط:
رقم الحالة:	رقم التأمين الاجتماعي:	تاريخ الميلاد:

كيف يمكننا الوصول إليك؟			
رقم الهاتف:	العنوان:	المدينة/الدولة:	الرمز البريدي:
إذا لم تكن أنت العميل:			
اكتب اسمك:		بيّن علاقتك بالعميل:	

من يمكنه مشاركة المعلومات:		
اسم الشخص أو الكيان:		رقم الهاتف:
العنوان	المدينة/الدولة:	الرمز البريدي:
الغرض من الطلب:		

من يمكنه تلقي المعلومات		
اسم الشخص أو الكيان:		رقم الهاتف:
العنوان	المدينة/الدولة:	الرمز البريدي:

ما المعلومات التي يمكن مشاركتها	
☐ سجلات الفواتير	☐ سجلات التحصين
☐ السجل المكتمل	☐ نتائج المختبر
☐ معلومات التشخيص	☐ معلومات الدواء
☐ سجلات الإعفاء	☐ سجلات الصحة العقلية
☐ معلومات علاج إدمان الكحول/المخدرات	☐ الصور/الفيديوهات
☐ نتائج اختبار الدم لكشف فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS) وأي/كل المراجع لها	☐ معلومات العلاج/الخدمة
	☐ أخرى:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

Arabic p2

ماذا يعني تصريحك
المعلومات الحساسة: قد تشتمل السجلات على معلومات تتعلق بالأمراض التي تنتقل جنسيًا، أو متلازمة نقص المناعة المكتسب (AIDS)، أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV). كما قد تشمل معلومات بخصوص خدمات الصحة السلوكية أو العقلية أو علاج إدمان الكحول أو المخدرات.
الحق في الإلغاء: يحق لك إلغاء هذا التصريح في أي وقت. وإذا أردت إلغاء التصريح، يتعين عليك إلغائه كتابيًا. ولن يسري هذا الإلغاء على المعلومات التي تم كشفها بالفعل.
فترة الكشف عن المعلومات: يمكنك تحديد تاريخ البدء و/أو تاريخ الانتهاء (أو الحدث) لمدة سريان التصريح. وهذا يعني أن السجلات لن تتم مشاركتها إلا بين التواريخ التي تحددها. سيبدأ هذا التصريح في تاريخ البدء التالي: _____ • إذا لم يتم تحديد تاريخ بدء، فسوف يبدأ سريان هذا التصريح في تاريخ توقيعه. سينتهي هذا التصريح في تاريخ الانتهاء أو الحدث التالي: _____ • إذا لم يتم تحديد تاريخ انتهاء أو حدث، فسينتهي هذا التصريح بعد عام واحد (1) من تاريخ توقيعه.
إعادة الكشف عن المعلومات: إذا صرَّحت بكشف المعلومات الصحية المحمية لشخص معين غير مطالب من الناحية القانونية بالحفاظ على سريتها، فقد يُكشف عنها مرة أخرى ولن تعد محمية.
الحقوق الأخرى: 1. التصريح بالكشف عن هذه المعلومات أمر طوعي. ويمكنك رفض التوقيع على هذا التصريح. ولا يتعين عليك التوقيع على هذا النموذج لتلقي العلاج. ولكن، إذا كانت هناك حاجة إلى هذا التصريح للمشاركة في دراسة بحثية، فقد يُرفض التسجيل في الدراسة البحثية. 2. يمكنك مراجعة المعلومات المطلوب استخدامها أو الكشف عنها أو الحصول على نسخة منها، وذلك وفقًا لما هو منصوص عليه في الكود 45 من قسم اللوائح الفيدرالية 164-524. 3. يحق لك الحصول على نسخة من هذا التصريح. هل ترغب في الحصول على نسخة من هذا التصريح؟ ☐ نعم ☐ لا 4. لمزيد من المعلومات حول حقوقك المتعلقة بالخصوصية، راجع إشعار ممارسات الخصوصية في موقعنا على شبكة الويب: www.cosdcompliance.org أو اتصل بمسؤول الخصوصية على الرقم 619-338-2808 أو على العنوان (PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524).

التوقيع	
التوقيع:	التاريخ:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CHO PHÉP SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ CHI TIẾT SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ

CHI TIẾT VỀ THÂN CHỦ		
HỌ:	TÊN:	TÊN ĐỆM TẮT:
SỐ HỒ SƠ:	SSN:	NGÀY SINH:

CHÚNG TÔI LIÊN LẠC VỚI QUÝ VỊ BẰNG CÁCH NÀO?			
SỐ ĐIỆN THOẠI:	ĐỊA CHỈ:	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG:	SỐ ZIP:
NẾU QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ THÂN CHU:			
VIẾT TÊN CỦA QUÝ VỊ THEO KIỂU CHỮ IN:		LIÊN HỆ CỦA QUÝ VỊ VỚI THÂN CHỦ:	

AI CÓ THỂ TIẾT LỘ CHI TIẾT:		
TÊN NGƯỜI HOẶC THỰC THỂ:		SỐ ĐIỆN THOẠI:
ĐỊA CHỈ	THÀNH PHỐ/TIỂU BANG:	SỐ ZIP:
MỤC ĐÍCH CỦA YÊU CẦU:		

CHI TIẾT NÀO CÓ THỂ ĐƯỢC PHÉP TIẾT LỘ	
☐ Sổ Sách Hóa Đơn	☐ Hồ Sơ Chủng Ngừa
☐ Hồ Sơ Đầy Đủ	☐ Kết Quả Thử Nghiệm
☐ Chi Tiết Chẩn Đoán	☐ Chi Tiết Về Thuốc Men
☐ Hồ Sơ Xuất Viện	☐ Hồ Sơ Sức Khỏe Tâm Thần
☐ Chi Tiết Điều Trị Ma Túy/Rượu Bia	☐ Hình Ảnh/Video
☐ Kết quả thử máu để tìm HIV/AIDS và mọi đề cập đến những kết quả đó	☐ Chi Tiết Về Chữa Trị/Dịch Vụ
	☐ Chi Tiết Khác: _____

QUYẾT ĐỊNH CHO PHÉP CỦA QUÝ VỊ CÓ Ý NGHĨA GÌ

Chi Tiết Tế Nhị: Hồ sơ có thể bao gồm chi tiết liên quan đến các chứng bệnh phong tình, Hội Chứng Khiếm Khuyết Khả Năng Miễn Nhiễm Từ Ngoài (AIDS), hoặc Siêu Vi Khuẩn Gây Khiếm Khuyết Khả Năng Miễn Nhiễm Ở Người (HIV). Hồ sơ cũng có thể bao gồm chi tiết về các dịch vụ sức khỏe hành vi hoặc tâm thần hoặc điều trị tình trạng lạm dụng rượu bia và ma tuý.

Quyền Hủy Bỏ: Quý vị có quyền hủy bỏ giấy cho phép này bất cứ lúc nào. nếu quý vị hủy bỏ giấy cho phép này, quý vị phải viết thư thông báo. Việc hủy bỏ của quý vị sẽ không áp dụng cho những chi tiết đã được tiết lộ.

Giai Đoạn Tiết Lộ: Quý vị có thể quy định ngày (hoặc biến cố) bắt đầu và/hoặc hết hiệu lực của giấy phép này. Điều này có nghĩa là hồ sơ sẽ chỉ được tiết lộ cho thời gian quý vị quy định.
Việc cho phép này sẽ bắt đầu vào Ngày Bắt Đầu sau đây: _____

- Nếu Ngày Bắt Đầu không được quy định, việc cho phép này sẽ có hiệu lực vào ngày ký tên.

Việc cho phép này sẽ hết hạn vào Ngày Chấm Dứt hoặc Biến Cố: _____

- Nếu Ngày Chấm Dứt hoặc Biến Cố không được quy định, việc cho phép này sẽ hết hạn sau một (1) năm tính từ ngày ký tên.

Tiết Lộ Tiếp: Nếu quý vị đã cho phép tiết lộ chi tiết sức khỏe được bảo vệ cho một người không bị luật pháp bắt buộc phải giữ kín, chi tiết đó có thể được tiết lộ tiếp và sẽ không còn được bảo vệ nữa.

Các Quyền Khác:

1. Việc cho phép tiết lộ chi tiết này là tự nguyện. Quý vị có thể từ chối ký tên vào giấy cho phép này. Quý vị không cần ký tên vào mẫu đơn này để được chữa trị. Tuy nhiên, nếu cần phải có giấy cho phép để tham gia trong một cuộc nghiên cứu, thì việc ghi danh tham gia cuộc nghiên cứu có thể bị từ khước.
2. Quý vị có thể xem xét hoặc xin một bản ghi các chi tiết được sử dụng hoặc tiết lộ, như đã được quy định trong 45 Bộ Luật về Các Điều Lệ Của Liên Bang đoạn 164.524.
3. Quý vị có quyền giữ một bản sao của giấy cho phép này. Quý vị có muốn một bản sao của giấy cho phép này không? ☐ Có ☐ Không
4. Muốn biết thêm chi tiết về các quyền riêng tư của mình, hãy xem Thông Báo về Những Cách Tôn Trọng Quyền Riêng Tư trên website của chúng tôi: www.cosdcompliance.org hoặc liên lạc với Viên Phụ Trách Quyền Riêng Tư ở số 619-338-2808 hoặc tại địa chỉ PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

CHỮ KÝ

CHỮ KÝ:	NGÀY:

COUNTY OF SAN DIEGO
HHSA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

AWTORISASYON PARA GAMITIN O IPAHAYAG ANG PROTEKTADONG IMPORMASYON SA KALUSUGAN

IMPORMASYON TUNGKOL SA KLIYENTE		
APELYIDO:	PANGALAN:	INISYAL NG GITNANG PANGALAN:
NUMERO NG KASO:	SSN:	PETSA NG KAPANGANAKAN:

PAANO KAMI MAAARING MAKIPAG-UGNAYAN SA INYO?			
NUMERO NG TELEPONO:	ADDRESS:	LUNGSOD / ESTADO:	ZIP CODE:

KUNG HINDI KAYO ANG KLIYENTE:	
I-PRINT ANG INYONG PANGALAN:	IPAHAYAG ANG INYONG RELASYON SA KLIYENTE:

SINO ANG MAAARING MAGBAHAGI NG IMPORMASYON:		
PANGALAN NG TAO O ENTITY:		NUMERO NG TELEPONO:
ADDRESS	LUNGSOD / ESTADO:	ZIP CODE:
LAYUNIN NG KAHILINGAN:		

ANONG IMPORMASYON ANG MAAARING IBAHAGI

- ☐ Mga Billing Record
- ☐ Kumpletong Rekord
- ☐ Impormasyon sa Diagnosis
- ☐ Mga Rekord sa Pagpapalabas
- ☐ Impormasyon sa Paggagamot sa Droga/Alak
- ☐ Mga resulta ng blood test para sa HIV/AIDS at anumang/lahat ng mga sumasangguni doon
- ☐ Mga Rekord ng Bakuna
- ☐ Mga Resulta ng Laboratoryo
- ☐ Impormasyon Tungkol sa Medikasyon
- ☐ Mga Rekord Tungkol sa Kalusugang Pangkaisipan
- ☐ Mga Litrato/Videos
- ☐ Impormasyon sa Paggagamot/Serbisyo
- ☐ Iba pa: _____

ANO ANG KAHULUGAN NG INYONG AWTORISASYON

Sensitibong Impormasyon: Ang mga rekord ay maaaring may kasamang mga impormasyon na may kaugnayan sa mga sexually transmitted na sakit, Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), o Human Immunodeficiency Virus (HIV). Maaaring kasama rin dito ang impormasyon tungkol sa pag-uugali o kalusugang pangkaisipan na serbisyo o paggagamot para sa pagkagumon sa alak at droga.

Karapatan na Tanggalin: Kayo ay may karapatan na bawiin ang awtorisasyon na ito anumang oras. Kung bawiin ninyo ang awtorisasyon na ito, kailangan ninyong gawin ito sa pamamagitan ng kasulatan. Ang inyong pagbawi ay hindi gagamitin sa impormasyon na ipinalabas na.

Panahon ng Pagpapahayag: Maaari kayong magkaloob ng isang petsa ng pagsisimula at/o pagtatapos (o pangyayari) kung kailan magkakabisa ang awtorisasyon. Ito ay nangangahulugan na ang mga rekord ay ibabahagi lang sa pagitan ng mga petsa na inyong tinukoy.

Ang awtorisasyon na ito ay magsisimula sa sumusunod na Petsa ng Pagsisimula: _____

- Kung walang tiniyak na Petsa ng Pagsisimula, ang awtorisasyon na ito ay magkakabisa sa petsa na ito ay nilagdaan.

Ang awtorisasyon na ito ay magwawakas sa susunod na Petsa ng Katapusan o Pangyayari: _____

- Kung walang tinukoy na Petsa ng Katapusan o Pangyayari, ang awtorisasyon na ito ay magwawakas sa loob ng isang (1) taon na base sa kalendaryo mula nang malagdaan.

Muling pagbubunyag: Kung pinahintulutan ninyo ang pagbubunyag ng protektadong impormasyong pangkalusugan sa ibang tao na hindi legal na inaatasan na mapanatili itong kompidensyal, maaari itong muling ibunyag at hindi na mapoprotektahan.

Iba pang Mga Karapatan:

1. Ang pagpapahintulot sa pagpapahayag ng impormasyong ito ay kusang loob. Maaari ninyong tanggihan na lagdaan ang awtorisasyon na ito. Hindi ninyo kailangang lagdaan ang form na ito para makakuha ng paggagamot. Gayunman, kung ang awtorisasyon na ito ay kailangan para sa pagsali sa isang pag-aaral na pananaliksik, maaaring matanggihan ang enrollment sa pag-aaral na pananaliksik.
2. Maaari kayong magsuri o kumuha ng kopya ng impormasyong gagamitin o ipapahayag, ayon sa nakasaad sa 45 Code of Federal Regulations seksyon 164.524.
3. Mayroon kayong karapatan na tumanggap ng kopya ng awtorisasyon na ito. Nais ba ninyo ng kopya ang awtorisasyon na ito? ☐ Oo ☐ Hindi
4. Para mga karagdagang impormasyon tungkol sa inyong mga karapatan sa privacy, tingnan ang Paunawa sa Mga Pamamalakad sa Privacy sa aming website: www.cosdcompliance.org o makipag-ugnayan sa Privacy Officer sa 619-338-2808 o sa PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524.

LAGDA	
LAGDA:	PETSA:

MENTAL HEALTH SERVICES

2012

CHILDREN'S PROGRAMS

CONSENT FOR MENTAL HEALTH SERVICES
(County Providers)

2014

WHEN:	Upon initial registration to Mental Health System and annually from date of initial registration.
ON WHOM:	All Mental Health Clients who are ages 0-18.
COMPLETED BY:	Any program staff member who reviews the parameters of consent.
MODE OF COMPLETION:	Legibly handwritten on Consent for Mental Health Services form (MHS-272).
REQUIRED ELEMENTS:	Outline child's full name for which the consent is being obtained. Client and/or Parent/Legal Guardian signature with date. Clients who are 18 years of age or older or emancipated may consent for their own treatment. Additionally, under some circumstances a minor 12 years and older may consent for their own treatment (see Welfare and Institutions Code 14010 and Family Code 6924, 6929, 7050). T Bar shall include client's name, ID Number, and program name.
DEPENDENTS & WARDS:	An ex-parte or court order may be utilized to authorize mental health treatment, as well as a form titled Consent for Treatment – Parent (number 04-24P and dated 06/03) which is generated by the Child Welfare Services worker for the parent / guardian to sign.
NOTE:	This is a county form for county providers. Contracted providers are to seek their own legal counsel regarding consent for treatment and appropriate forms.

Consent For Mental Health Services

This is to authorize San Diego County Children's Mental Health Services to evaluate and or treat
Child's Name: _____

The conditions of the treatment have been explained to me to my satisfaction. I understand that records concerning treatment will be retained. Such data will be kept confidential according to all applicable State and federal laws.

Law compels the County of San Diego, Children's Mental Health Staff, to take action to protect you by informing appropriate person(s) and/or to inform the other person(s) if we believe you are in imminent danger of causing serious harm to yourself or another person(s). Additionally, we are mandated to report any reasonable suspicion that a child, dependent adult, and/or elderly adult have been abused. See Notice of Privacy Practices for complete outline of allowable disclosures.

I have read the above or had it read or explained to me, understand content, and agree to the conditions. I understand that I can withdraw my consent and terminate from this program and its services at any time. This consent will expire upon termination of your current treatment.

Client Signature: _____

Parent/Legal Guardian Signature: _____

Date: _____

Client: _____

InSyst #: _____

Program: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Este documento tiene como propósito autorizar a San Diego County Children's Mental Health Services (Servicios de salud mental para niños del condado de San Diego) para evaluar o dar tratamiento a:

Nombre del niño(a): _____

Se me han explicado las condiciones del tratamiento a mi satisfacción. Entiendo que los expedientes relacionados con el tratamiento serán conservados por la institución. Dicha información se mantendrá confidencial de acuerdo a las leyes federales y estatales correspondientes.

La ley obliga al personal de salud mental para niños del Condado de San Diego a tomar acción para protegerlo a usted al informar a la persona(s) adecuada(s) y/o para informar a la otra persona(s), si nosotros creemos que usted está en peligro inminente de ocasionarse daños graves a sí mismo o a otra persona(s). Además, se nos ordena reportar cualquier sospecha razonable de que un niño(a), adulto dependiente, y/o anciano ha sufrido abuso. Vea la Notificación sobre Prácticas Privadas para completar el resumen de las divulgaciones permitidas.

He leído lo anterior, o me ha sido leído o explicado, entiendo su contenido y estoy de acuerdo con las condiciones. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento y terminar con este programa y sus servicios en cualquier momento. Este consentimiento se vencerá al término del tratamiento actual.

Firma del cliente: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Fecha: _____

Client: _____

InSyst #: _____

Program: _____

إتفاقية خدمات الصحة النفسية

تخول هذه الوثيقة مقاطعة سان دييغو، قسم خدمات الصحة النفسية الخاصة بالقاصرين بالقيام بتقييم أو علاج الطفل المدعو: _____

لقد شرحت لي شروط العلاج وصولاً الى إقتناعي بها. إنني أعلم بإنه سيتم الإحتفاظ بالوثائق المتعلقة بالعلاج. سيتم الإحتفاظ بخصوصية تلك البيانات طبقاً للقانون الإتحادي (الفدرالي) و قوانين الولاية.

يفرض القانون على مقاطعة سان دييغو، كادر عمل خدمات الصحة النفسية الخاصة بالقاصرين، أن يقوموا بأخذ الإجراءات اللازمة لحمايتك و ذلك بإطلاع الأشخاص المناسبين و/أو أطلاع الأشخاص الأخرين إذا إعتقدنا أن هنالك إحتمال جدي بإنك ستقوم بإيذاء نفسك أو بإيذاء الأخرين. بالإضافة لذلك، فإننا ملزمون بالإبلاغ عن أي شك منطقي بحصول إستغلال لطفل، أو شخص بالغ معتمد على الأخرين أو شخص مسن. يرجى مراجعة بيان سياسة الخصوصية للحصول على لائحة كاملة بعمليات تداول المعلومات المسموح بها.

لقد قَرأتُ أو قُرأتْ أو شرحت لي الإتفاقية الواردة أعلاه و لقد إستوعبت محتواها و وافقت على شروطها. إنني أعلم بإنه يمكني سحب موافقتي و إلغاء إشتراكي في هذا البرنامج و خدماته في أي وقت. سينتهي العمل في هذا الإتفاقية عند نهاية مرحلة علاجك الحالية.

توقيع العميل: _____

توقيع أحد الوالدين أو الوصي القانوني: _____

التأريخ: _____

Mẫu Thoả Thuận Chấp Nhận Chữa Trị Bệnh Tinh Thần

Tôi cho phép Sở Chăm Sóc Tâm Thần Trẻ Em Quận Hạt San Diego (San Diego County Children's Mental Health Services) định bệnh và chữa trị cho Em (tên) : _____

Tôi bằng lòng với các điều kiện chữa trị được giải thích cho tôi. Tôi hiểu rằng hồ sơ chữa trị sẽ được lưu giữ lại. Những chi tiết trong hồ sơ sẽ được giữ kín theo đúng luật của Tiểu Bang và Liên Bang.

Luật bắt buộc Sở Chăm Sóc Tâm Thần Trẻ Em Quận Hạt San Diego phải có hành động để bảo vệ bạn bằng cách báo tin cho những người liên quan, hoặc những người mà chúng tôi tin rằng sẽ có hành động nguy hiểm cho bạn hoặc cho người khác. Hơn nữa chúng tôi cũng bị bắt buộc phải báo cáo khi có nghi ngờ về việc một trẻ em, người thân thuộc, hoặc người già bị ngược đãi. Xin tham khảo phần ghi chú về Cách Bảo Vệ Bí Mật Cá Nhân (Notice of Privacy Practices) để hiểu rõ phạm vi chúng tôi được tiết lộ.

Tôi đã đọc, hoặc có người đọc cho tôi nghe hoặc giải nghĩa cho tôi, và tôi đồng ý với các điều kiện trên. Tôi hiểu rằng tôi có thể rút lại sự thoả thuận này và chấm dứt tham gia chương trình và các dịch vụ liên hệ bất cứ lúc nào. Sự thoả thuận này sẽ hết hiệu lực khi thời gian chữa trị này chấm dứt.

Bệnh nhân ký tên: _____

Phụ Huynh/Người giám hộ ký tên _____

Ngày: _____

MENTAL HEALTH SERVICES

2012

ADULT PROGRAMS

Agreement For Services – Adult
(County Form)

2014

WHEN: First Face to Face Contact

ON WHOM: All clients

COMPLETED BY: Client and the staff member registering the client

MODE OF COMPLETION: Legibly handwritten on form HHSA-MHS-119

REQUIRED ELEMENTS: All