



Ubicación / Location: _____

MR #: _____

Name: _____

**REVELACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD /
CONFIDENTIALITY DISCLOSURE**

IMPRINT AREA

**Servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas de KPNC: Su derecho a la privacidad /
KPNC's Mental Health and Chemical Dependency Services: Your Right to Privacy**

Separación de los registros

Los servicios de Salud Mental y de Dependencia en Sustancias Químicas (MH/CD) de Kaiser Permanente están firmemente comprometidos a proteger su privacidad. El Aviso de Privacidad del Norte de California proporciona información general sobre la manera en que se usa y protege su información médica. La ley federal y estatal protege la confidencialidad de sus registros. La violación de las leyes de confidencialidad relativas a los programas de dependencia en sustancias químicas es un delito. Las sospechas de violaciones se pueden informar a las autoridades correspondientes.

Excepto en circunstancias limitadas (vea los ejemplos a continuación), el programa MH/CD de Kaiser Permanente no puede, sin su permiso por escrito, revelar información sobre su atención a nadie fuera de Kaiser Permanente. Para su privacidad, los registros de sus visitas de MH/CD se mantienen separados de su registro médico de paciente ambulatorio, excepto que: para su seguridad personal, todos los medicamentos o los resultados de pruebas de laboratorio afines recetados como parte de su tratamiento de MH/CD se incluyen en su registro médico, ya sea en papel o electrónicamente. Los diagnósticos de salud mental sólo están a disposición de los proveedores a cargo del tratamiento en la medida en que necesiten tener conocimiento de ellos.

Coordinación de la atención

Debido a que el personal de MH/CD trabaja como miembro de un sistema de atención integrado, se intercambiará información pertinente sobre su atención entre el personal de MH/CD en la medida en que sea necesario. La ley no requiere que se obtenga su permiso para coordinar su atención psiquiátrica con proveedores de atención dentro de Kaiser Permanente, como con su médico de atención primaria. No obstante, normalmente hablaremos con usted cuando sea necesario compartir información psiquiátrica. Cuando compartimos información, sólo compartimos la información que, en nuestro juicio profesional, creemos que sea necesaria para que dicho profesional le proporcione la atención médica adecuada. Normalmente se requiere su autorización por escrito antes de que se pueda entregar información sobre su tratamiento de dependencia en agentes químicos a alguien fuera del equipo de tratamiento de MH/CD. Una autorización válida por escrito deberá especificar la índole de la información a ser entregada, identificar a la parte que la recibe e indicar cuándo vence su autorización.

Excepciones a las reglas de confidencialidad

Algunos ejemplos de las circunstancias en las que la ley requiere o nos permite que entreguemos información, sin su permiso, incluyen:

- emergencias médicas y psiquiátricas en las que la información es esencial para la seguridad de una persona
- revelaciones de información para advertir a posibles víctimas de actos violentos
- revelaciones a personal calificado para auditorías, o para evaluaciones o investigaciones de programas. Por ejemplo, es posible que usted reciba encuestas de personas autorizadas para llevarlas a cabo en nombre de Kaiser Permanente
- informar sobre la sospecha de maltrato o abandono de niños
- informar que se hayan cometido delitos en nuestras instalaciones o contra el personal de nuestro programa
- respuestas a órdenes de la corte en las que un juez falló que la información es necesaria para la administración de la justicia (42 U.S.C. Sección 290dd-2 de Leyes Federales y 42 C.F.R. Parte 2 de Reglamentaciones Federales)
- informes al Departamento de Vehículos Motorizados a causa de lapsos del conocimiento

Si en cualquier momento tiene alguna inquietud sobre su privacidad, lo instamos a que solicite aclaración a su terapeuta o a un integrante del personal.

Certificación:

Al firmar su nombre en el espacio a continuación, usted certifica que leyó y entendió este documento.

(Nota: Si la persona que recibe la atención es un menor de edad, el padre o el tutor legal certifica haber leído y entendido este documento. En ciertas circunstancias los menores de edad pueden prestar consentimiento al tratamiento ellos mismos, sin el permiso de los padres.)

FIRMADO: FIRMA FECHADA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE DEL PACIENTE / SIGNED: PATIENT'S OR REPRESENTATIVE'S DATED SIGNATURE	FECHA / DATE
NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE Y RELACIÓN CON EL PACIENTE (SI FIRMA UN REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE) / PRINT NAME AND RELATIONSHIP TO PATIENT (IF SIGNED BY AUTHORIZED REPRESENTATIVE OF THE PATIENT)	FECHA / DATE