



# Monterey County Behavioral Health Policy and Procedure

<b>Policy Number</b>	321
<b>Policy Title</b>	Obtaining Authorization to Use, Exchange, and Disclose Confidential Behavioral Health Information
<b>References</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Health Insurance Portability and Accountability Act (Code of Federal Regulations, Title 45, Parts 160 and 164)</li> <li>• HITECH Act of 2009</li> <li>• Confidentiality of Information Act</li> <li>• Confidentiality of Medical Information Act (CA Civil Code 56 et seq.)</li> <li>• Lanterman-Petris-Short Act</li> <li>• CA Welfare &amp; Institutions Code 5328 et seq.</li> <li>• CA Health and Safety Code 120980 et seq.</li> <li>• CA Health and Safety Code 121010</li> <li>• Code of Federal Regulations, Title 42, Part 2 (42 CFR Part 2)</li> </ul>
<b>Form</b>	<p>A. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information (English)</p> <p>B. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information (Spanish)</p> <p>C. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information – Multi-Disciplinary Teams (English)</p> <p>D. Monterey County Behavioral Health Authorization to Use, Exchange, or Disclose Confidential Health Information – Multi-Disciplinary Teams (Spanish)</p>
<b>Effective</b>	December 5, 2013

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12

## Policy

It is the policy of Monterey County Behavioral Health (MCBH) to obtain from beneficiaries authorizations to use, exchange, and disclose confidential behavioral health information any time such a use, exchange, or disclosure is to be made by MCBH staff or any of its contracted providers to a third party. This policy applies even if the disclosure is between an internal MCBH program and a MCBH contracted provider. "Internal" is defined as programs run directly by MCBH and staffed by County employees in contrast to community providers contracted by the County.

13 This policy also requires that authorization to use, exchange, and disclose  
14 confidential behavioral health information be obtained from beneficiaries who are  
15 minors:

- 16 a) treated as “adults” under the law for the purposes of medical consent  
17 (emancipated and self-sufficient minors), and
- 18 b) seeking sensitive services for which they are qualified to provide their own  
19 consent under law

20 any time such a use, exchange, or disclosure is to be made by internal MCBH  
21 staff or any of its contracted providers to a third party. This applies even if the  
22 disclosure is to the minor’s parents/representative or between an internal MCBH  
23 provider and an MCBH contracted provider. The authorization to use, exchange,  
24 or disclose confidential behavioral health information will be obtained from minors  
25 who qualify under subsections a) and b) above regardless of whether or not their  
26 parents were involved in obtaining services.

27  
28 This does not apply in the course of arranging or supporting critical, emergency  
29 services for the beneficiary involving other healthcare providers or law  
30 enforcement only if law enforcement is supporting MCBH staff or MCBH  
31 contracted providers in the provision of emergency psychiatric services.  
32

33 This also does not apply when pertinent Federal and State laws and regulations  
34 require or mandate the disclosure of beneficiary information.  
35



# Monterey County Behavioral Health

## Authorization for Use, Exchange, and/or Disclosure of Confidential Behavioral Health Information

42 Completion of this document authorizes the use or release of confidential  
43 behavioral health information about you or your child. It is important that  
44 you complete this Authorization if you wish to authorize Monterey County  
45 Behavioral Health to use, disclose, or exchange confidential health  
46 information about you or your child.

47

48 I \_\_\_\_\_ hereby authorize

49

(name of client or client’s representative)

50

My or my child’s Monterey County Behavioral Health mental health  
51 provider

52

My or my child’s alcohol/other drug providers in the Monterey  
53 County Behavioral Health Alcohol and Other Drug Programs

54

54 to disclose confidential information about me/my child to the following  
55 person/entity:

56

\_\_\_\_\_

57

(name of person/entity)

58

59 for the following purpose(s): \_\_\_\_\_

60

\_\_\_\_\_

61

\_\_\_\_\_

62

63 I specifically authorize the use, exchange or disclosure of the following  
64 information:

65

All health information pertaining to my or my child’s medical history,  
66 mental or physical condition, assessment, and treatment received,  
67 including:

68

Mental health information

69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95

- HIV test results
- Alcohol/drug treatment information

This authorization expires 90 days after my or my child’s treatment ends or when there is no longer any need for access by Monterey County Behavioral Health treatment program providers, whichever is sooner.

OR

This authorization expires on (insert date or event):\_\_\_\_\_.

I may refuse to sign this Authorization. My refusal may affect my or my child’s ability to receive services from Monterey County Behavioral Health but will not affect my or my child’s ability to receive individual services provided by other County healthcare programs for which I or my child may qualify.

I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being asked to allow the use or disclosure of.

I may revoke this authorization at any time either in writing or by verbally informing my Monterey County Behavioral Health service provider. My revocation will take effect upon receipt, except to the extent others have acted in reliance on this Authorization.

I have a right to receive a copy of this authorization.

Information used, exchanged and disclosed pursuant to this authorization will not be redisclosed by any user or recipient except as required or permitted by law.

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_  
(name of client/representative)

If signed by someone other than the patient please indicate relationship: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_



100

# Salud Mental del Condado de Monterey

## Autorización para el uso, intercambio, y/o la divulgación de información confidencial del Departamento de Salud Mental.

105 El completar este documento autoriza el uso o divulgación de información  
106 confidencial de salud sobre usted o su hijo/a. Es muy importante que usted  
107 llene este formulario de autorización solo si usted desea que el  
108 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey use, divulgue, o  
109 intercambie información de salud confidencial sobre usted o su hijo/a.  
110

111 Yo \_\_\_\_\_, por la presente,  
112 autorizo

(Nombre del paciente)

- 114  A mi proveedor o proveedor de mi hijo/a de salud mental del
- 115 Condado de Monterey
- 116  A mi proveedor(es) o proveedor(es) de mi hijo/a de tratamiento de
- 117 alcohol y/o drogas, perteneciente(s) a los programas de
- 118 Alcohol/Drogas del Departamento de Salud Mental del Condado de
- 119 Monterey

120 Que divulgue información confidencial sobre mi/mi hijo(a) a la siguiente  
121 persona/entidad:

122 \_\_\_\_\_

(Nombre de la persona/entidad)

124

125 para el siguiente propósito(s): \_\_\_\_\_

126

\_\_\_\_\_

127

\_\_\_\_\_

128

129 Yo específicamente autorizo el uso, intercambio o divulgación de la  
130 siguiente información:

- 131  Toda la información mía o mi hijo/a de salud relacionada en el  
132 expediente médico, condición mental o física, evaluación, y  
133 tratamiento(s) recibido, incluyendo:
- 134  Información sobre mi salud mental
  - 135  Resultados sobre mis pruebas del HIV/SIDA
  - 136  Información sobre el tratamiento de Alcohol/Drogas
- 137  Esta autorización se expirará 90 días después de que el tratamiento mío  
138 o mi hijo/a haya terminado o cuando ya no haya más necesidad de  
139 acceder a mi información por parte de los proveedores de tratamiento  
140 del Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey,  
141 cualquiera que sea primero.

142 O

- 143  Esta autorización se expirará en la siguiente fecha o evento:

144 \_\_\_\_\_.

145 Yo puedo negarme a llenar este formulario de autorización. El negarme a  
146 llenar este formulario pudiera afectar el no recibir servicios por parte del  
147 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey, pero no  
148 afectará el recibir servicios individuales proveídos por otros programas de  
149 Salud del Condado a los cuales yo o mi hijo/a califique.

150  
151 Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud, de  
152 la cual se me está pidiendo autorizar su uso y/o divulgación.

153  
154 Yo puedo cancelar esta autorización cuando quiera, solo ocupo informar  
155 por escrito o verbalmente al proveedor de servicios del Departamento de  
156 Salud Mental del Condado de Monterey. La cancelación tomará efecto en  
157 cuanto sea recibida, a menos de que haya otros que hayan ya actuado  
158 basados en lo permitido por esta autorización.

159  
160 Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

161  
162 La información usada, intercambiada, y/o divulgada a través de esta  
163 autorización no será divulgada nuevamente por ningún usuario o  
164 destinatario a menos de que sea requerida o permitida por la ley.

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(Nombre del cliente/representante)

Si fue firmada por una persona diferente al paciente, por favor indique su relación al paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

165

166





# Monterey County Behavioral Health

## Authorization for Use, Exchange, and/or Disclosure of Confidential Behavioral Health Information for Multi-Disciplinary Teams

Completion of this document authorizes the use or release of confidential behavioral health information about you or your child. It is important that you complete this Authorization if you wish to authorize Monterey County Behavioral Health to use, disclose, or exchange confidential health information about you or your child.

I \_\_\_\_\_ hereby authorize

(name of client or client's representative)

My or my child's Monterey County Behavioral Health mental health provider(s)

My or my child's alcohol/other drug provider(s) in the Monterey County Behavioral Health Alcohol and Other Drugs Programs

Staff from the Monterey County Department of Probation involved in providing services to me/my child

Staff from the Monterey County Department of Social Services involved in providing services to me/my child

My child's school Individualized Education Plan Team

\_\_\_\_\_

(Monterey County Multi-Disciplinary Team providing services to me/my child)

Other: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

to use, exchange, or disclose confidential information about me for the

following purpose(s):

To evaluate my/my child's need for behavioral or other health services;

To provide and coordinate the services that are provided to me/my child by a Monterey County Multi-Disciplinary Team;

201  To evaluate my participation and progress in a Monterey County  
202 Multi-Disciplinary Program

203  Other: \_\_\_\_\_

204

205 I specifically authorize the use, exchange or disclosure of the following  
206 information:

207  All health information pertaining to my medical history, mental or  
208 physical condition, assessment, and treatment received, including:

209  Mental health information

210  HIV test results

211  Alcohol/drug treatment information

212

213  This authorization expires 90 days after my or my child's treatment ends  
214 or when there is no longer any need for access by Monterey County  
215 Behavioral Health treatment program providers, whichever is sooner.

216 OR

217  This authorization expires on (insert date or  
218 event): \_\_\_\_\_.

219 I may refuse to sign this Authorization. My refusal may affect my or my  
220 child's ability to receive services from Monterey County Behavioral Health  
221 and multi-disciplinary program(s) Monterey County Behavioral Health  
222 participates in but will not affect my or my child's ability to receive  
223 individual services provided by other County healthcare programs for which  
224 I or my child may qualify.

225 I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being  
226 asked to allow the use or disclosure of.

227 I may revoke this authorization at any time either in writing or by verbally  
228 informing my Monterey County Behavioral Health service provider. My  
229 revocation will take effect upon receipt, except to the extent others have  
230 acted in reliance on this Authorization.

231

232 I have a right to receive a copy of this authorization.

233

234 Information used, exchanged and disclosed pursuant to this authorization  
235 will not be redisclosed by any user or recipient except as required or  
236 permitted by law.  
237

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

(name of client/representative)

If signed by someone other than the patient please indicate  
relationship: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_

238  
239



245

**Salud Mental del Condado de Monterey**  
**Autorización para el uso, intercambio, y/o la divulgación de**  
**información confidencial del Departamento de Salud Mental**  
**para Equipos Multi-Disciplinarios.**

246

247 El completar este formulario autoriza el uso y/o divulgación de información  
248 confidencial de salud mental sobre usted o su hijo/a. Es muy importante que  
249 usted llene este formulario de autorización solo si usted desea que el  
250 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey use, divulgue, o  
251 intercambie información confidencial de salud sobre usted o su hijo/a.

252

253 Yo \_\_\_\_\_, por la presente,  
254 autorizo

255

(Nombre del paciente)

256

A mi proveedor o proveedor de mi hijo/a de salud mental del  
257 Condado de Monterey

258

A mi proveedor(es) o a el proveedor (es) de mi hijo/a de tratamiento  
259 sobre alcohol y/o drogas, perteneciente(s) a los programas de  
260 Alcohol/Drogas del Departamento de Salud Mental del Condado de  
261 Monterey

262

A los trabajadores del Departamento de Libertad Condicional del  
263 Condado de Monterey involucrados en proveer servicios a mi o a mi  
264 hijo(a)

265

A los trabajadores del Departamento de Servicios Sociales del  
266 Condado de Monterey, involucrados en proveer servicios a mi o a mi  
267 hijo(a)

268

Al equipo escolar “Plan Educacional Individualizado” (IEP) de mi  
269 hijo(a).

270

\_\_\_\_\_  
271 (Equipo Multi-Disciplinario del Condado de Monterey que este brindando  
272 servicios a mi o a mi hijo(a))

273

A otra

274

persona/institución: \_\_\_\_\_

275  A otra  
276 persona/institución: \_\_\_\_\_

277  A otra  
278 persona/institución: \_\_\_\_\_

279 Que use, intercambie, o divulgue información confidencial sobre mí para el  
280 siguiente propósito(s):

281  Para evaluar qué necesidad tengo yo o tiene mi hijo(a) de servicios  
282 de salud mental u otros servicios médicos;

283  Para proveer y coordinar los servicios que son proveídos a mi o a mi  
284 hijo(a) por parte de un Equipo Multi-Disciplinario del Condado de  
285 Monterey;

286  Para evaluar mi participación o la de mi hijo/a y progreso en un  
287 programa Multi-Disciplinario del Condado de Monterey

288  Otra razón: \_\_\_\_\_

289 Yo específicamente autorizo el uso, intercambio o divulgación de la  
290 siguiente información:

291  Toda la información de salud perteneciente a mi expediente médico, mi  
292 condición mental o física, mi evaluación, y tratamiento recibido,  
293 incluyendo:

294  Información de salud mental

295  Resultados de las pruebas de HIV

296  Información sobre el tratamiento de Alcohol y Drogas

297  
298  Esta autorización se vencerá 90 días después que el tratamiento mío o  
299 de mi hijo/a termine o cuando ya no haya ninguna necesidad por parte  
300 de los proveedores en los programas de tratamiento del Departamento  
301 de Salud Mental del Condado de Monterey de tener acceso a mi  
302 información, cualquiera que sea primero.

303 O,

304  Esta autorización se vencerá en la siguiente fecha o evento:

305 \_\_\_\_\_.

306 Yo puedo negarme a llenar este formulario de autorización. El negarme a  
307 llenar este formulario pudiera afectar el no recibir servicios por parte del

308 Departamento de Salud Mental del Condado de Monterey y por parte de los  
309 programas multi-disciplinarios del Condado de Monterey pero no afectará el  
310 recibir servicios individuales proveídos por otros programas de Salud del  
311 condado a los cuales yo o mi hijo/a califique.

312 Yo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud, de la  
313 cual se me está pidiendo autorizar su uso y/o divulgación.

314 Yo puedo cancelar esta autorización cuando quiera, solo ocupo informar por  
315 escrito o verbalmente al proveedor de servicios del Departamento de Salud  
316 Mental del Condado de Monterey. La cancelación tomará efecto en cuanto  
317 sea recibida, a menos que otros hayan ya actuado conforme a lo permitido  
318 por esta Autorización.

319

320 Yo tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.

321 La información usada, intercambiada, y/o divulgada a través de esta  
322 autorización no será divulgada nuevamente por ningún usuario o destinatario  
323 a menos de que sea requerida o permitida por la ley.

324

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(Nombre del cliente/representante)

Si fue firmada por una persona diferente al paciente, por favor indique su  
relación al paciente: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

325