Su finalización de este documento autoriza a la Agencia de Salud y Servicios Humanos del Condado de San Diego ('HHSA') a compartir y/o recibir su información médica protegida por las razones que indica a continuación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL CLIENTE** | | |
| Apellido: | Primer Nombre: | Inicial de Segundo nombre: |
| Numero de historial medico o Ultimos cuarto (4) de Seguro Social: | Numero de Telefono: | Fecha De Nacimiento: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUIÉN PUEDE COMPARTIR O RECIBIR LA INFORMACIÓN:** | | |
| Compruebe si las personas/entidades a continuación pueden intercambiar información entre sí (comunicación "bidireccional") | | |
| Nombre de Persona o entidad de HHSA autorizado a compartir: | | Numero de Telefono : |
| Direccion : | Cuidad/Estado: | Codigo Postal: |
| Nombre de Persona o entidad de HHSA autorizado a recibir : | | Numero de Telefono : |
| Direccion : | Cuidad/Estado: | Codigo Postal: |

|  |
| --- |
| **QUÉ INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA** |
| Puede solicitar a HHSA que limite la información que se comparte. Si desea que solo se comparta cierta información, especifique qué está bien compartir aquí :  Si no se especifica nada anteriormente, entonces HHSA compartirá la información mínima necesaria que considere relevante. |
| Propósito de la solicitud de uso compartido :  A petición del individuo (usted )  Coordinación de la atención  Otra: |

|  |
| --- |
| **YOUR RIGHTS** |
| * Usted tiene el derecho de revocar esta authorización en cualquier momento comunicándose con la persona o el programa de HHSA mencionado anteriormente. Su revocación no se aplicará a la información que ya se ha compartido. * La información compartida de conformidad con esta autorización podría ser revelada nuevamente por el destinatario. Si ha autorizado que la información se comparta con alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, entonces puede volver a divulgarse y ya no estará protegida. * Esta autorización entrará en vigencia en la fecha firmada y permanecerá vigente hasta que se completen sus servicios de HHSA, a menos que complete lo siguiente:   Esta autorización comienza en:       y/o caducará en:   * Puede negarse a firmar esta autorización. No necesita firmar este formulario para recibir tratamiento, pago u otros beneficios a los que de otra manera tiene derecho. Es posible que tenga una copia de esta autorización. Compruebe aquí si desea una copia: 🞎 * En la medida permitida por la ley, puede recibir una copia de la información que se comparte. * Para obtener más información sobre sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de prácticas de privacidad en nuestro sitio web : [www.cosdcompliance.org](http://www.cosdcompliance.org) or comuníquese con la Oficial de Privacidad de HHSA en PO Box 865524, San Diego, CA 92186-5524 o PrivacyOfficer.HHSA@sdcounty.ca.gov. |

|  |  |
| --- | --- |
| FIRMA | |
| Su firma a continuación significa que ha leído y entendido esta autorización, ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y autoriza el intercambio de información como se describe anteriormente. | |
| Firma: | Fecha: |
| Si usted no es el cliente, pero es el representante legal/tutor: | |
| Nombre impreso : | Fecha : |
| Relacion : | |