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 :      |