

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

APELLIDO:	Primer NOMBRE:	INICIAL:
NUMERO DE CASO:	Número de Seguro Social:	FECHA DE NACIMIENTO:

**¿CÓMO NOS PONEMOS EN CONTACTO CON UD?**

NUMERO de TELEFONO:	DOMICILIO:	CIUDAD/ESTADO:	CODIGO POSTAL:
SI UD NO ES EL CLIENTE:			
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE:		INDICA SU RELACIÓN CON EL CLIENTE:	

**QUIÉN PUEDE COMPARTIR LA INFORMACIÓN:**

NOMBRE DE PERSONA O ENTIDAD:	NUMERO DE TELEFONO:
DOMICILIO	CIUDAD/ESTADO:
CODIGO POSTAL:	
PROPÓSITO DE LA PETICIÓN:	

**QUIÉN PUEDE RECIBIR LA INFORMACIÓN**

NOMBRE DE PERSONA O ENTIDAD:	NUMERO DE TELEFONO:
DOMICILIO	CIUDAD/ESTADO:
CODIGO POSTAL:	

**QUÉ INFORMACIÓN PUEDE SER COMPARTIDA**

<input type="checkbox"/> Registros de Fracturación	<input type="checkbox"/> Información de Diagnóstico
<input type="checkbox"/> Registro Completo	<input type="checkbox"/> Registros de Inmunización
<input type="checkbox"/> Registros de Descarga	<input type="checkbox"/> Resultados de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Información de tratamiento de drogas / alcohol	<input type="checkbox"/> Información sobre Medicamentos
<input type="checkbox"/> Resultados de prueba de sangre del VIH/SIDA y cualquier/todas referencias a la misma	<input type="checkbox"/> Registros de Salud Mental
	<input type="checkbox"/> Fotos/Videos
	<input type="checkbox"/> Información de Tratamiento/Servicio
	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**QUE SIGNIFICA SU AUTORIZACIÓN**

**Información Sensible:** Registros puede incluir información relacionadas a enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). También pueden incluir información sobre salud mental y alteraciones de la conducta, o tratamiento por abuso de alcohol o droga.

**Derecho a Revocar:** Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoca esta autorización, debe hacerlo por escrito. Su revocación no se aplicara a la información que ya ha sido comunicada.

**Período de divulgación:** Puede proporcionar una fecha de inicio y / o finalización (o evento) para que la autorización entre en vigencia. Esto significa que los registros solo se compartirán entre las fechas que especifique.

Esta autorización comenzará en la siguiente Fecha de Inicio: \_\_\_\_\_

- Si no se especifica Fecha de inicio, esta autorización entrará en vigor la fecha de firma.

Esta autorización caducará en la siguiente fecha de finalización o evento: \_\_\_\_\_

- Si no se especifica Fecha de finalización o Evento, esta autorización caducará un (1) año calendario a partir de la fecha de firma.

**Subsecuente Divulgación:** Si ha autorizado la divulgación de información médica protegida a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, se podrá volver a divulgar y ya no estará protegida.

**Otros Derechos:**

1. La autorización de la divulgación de esta información es voluntaria. Puede negarse a firmar esta autorización. No necesita firmar este formulario para recibir tratamiento. Sin embargo, si esta autorización es necesaria para participar en un estudio de investigación, se puede negar la inscripción en el estudio de investigación.
2. Puede inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en 45 Código de Regulaciones Federales, sección 164.524.
3. Tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. ¿Le gustaría una copia de esta autorización?  Si  No
4. 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) o comuníquese con el Oficial de Privacidad en 619-338-2808 or PO Box 865524, San Diego, CA 92186.

**FIRMA**

FIRMA:

FECHA: