



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN COMUNITARIA (CIE)

Nombre Completo:*		Fecha de Hoy: *
Genero:	Fecha de Nacimiento:*	Últimos 4 dígitos de Seguro Social o contraseña de 4 dígitos:
Número de Teléfono: *		Correo Electrónico:
Nombre de Agencia:*		Nombre de Representante: *

Todos los temas marcados con * son obligatorios.

Usted autoriza a Orange County United Way y las Agencias Asociadas a usar, almacenar y compartir, su información personal, financiera y de salud entre ellas, para poder evaluar sus necesidades, coordinar su cuidado y proporcionarle servicios en GetHelpOC: Community Information Exchange (CIE). Agencias Asociadas que participan en CIE están enumeradas en <https://gethelpoc.org/content/Community-Partners.html>.

Esta autorización cubre sin restricción toda la información revelada, re-divulgada a CIE por usted, su familia, Agencias Asociadas incluyendo su equipo de cuidado, y cualquier otra persona involucrada en su cuidado mientras la Autorización este en efecto. CIE y sus Agencias Asociadas podrán compartir su información personal, financiera y de salud. Usted está de acuerdo en notificar CIE si su información cambia o es incorrecta. La información revelada de conformidad con la presente autorización puede ser revelada de nuevo por el receptor y dejará de estar protegida por las leyes de privacidad aplicables. Sin embargo, su información aún estará protegida por nuestro Acuerdo de Participación con las Agencias Asociadas. Al negarse a firmar esta Autorización, no afectara negativamente su capacidad de recibir atención médica o servicios de las Agencias Asociadas.

El Aviso de prácticas de Privacidad esta publicado en www.GetHelpOC.org. Esto explica cómo CIE usa y protege la información, como obtener una copia de esta autorización y de su registro. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso a CIE al correo electrónico revoke@211oc.org, permitiendo un mínimo de cinco días para procesar. La revocación no afectara ninguna información divulgada anteriormente en relación con esta Autorización. A menos que se revoque antes, esta Autorización caducara en **diez (10) años, o en la siguiente fecha: _____**.

Autorizo al Intercambio de Información Comunitaria (CIE) y sus Agencias Asociadas, a usar y divulgar información relativa a, Drogas/Alcohol/Abuso de Sustancias, Salud Mental y VIH/SIDA acerca de mi persona.

Si está de acuerdo, firme su nombre a continuación

Firma del cliente: *
