



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

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

All items marked with \* are mandatory.

Usted autoriza a People for Irvine Community Health dba 2-1-1 Orange County, dba Community Information Exchange (CIE) 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. 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](http://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](mailto: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: \***