



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:

Usted autoriza al Infoline of San Diego County, haciendo negocios como Intercambio de Información Comunitaria (CIE por sus siglas en ingles) 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 www.ciesandiego.org/partners .

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 publicado en www.ciesandiego.org explica como 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@211sandiego.org. Permita por lo mínimo cinco días para procesarlo. 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: