

اسم العميل بالكامل:	تاريخ الميلاد:	رقم الضمان الاجتماعي أو آخر 4 أرقام/رقم التعريف الشخصي المكون من 4 أرقام:	تاريخ اليوم:
النوع:	رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:	اسم منسق الرعاية:
اسم الوكالة:			

بموجب هذا، يصرح سيادتكم خط المعلومات بمقاطعة سان دييغو، القائم بهذا العمل تحت الاسم التجاري "تبادل معلومات المجتمع" (CIE) والوكالات الشريكة له، باستخدام وتخزين ومشاركة المعلومات الشخصية والمالية والصحية الخاصة بك مع بعضها البعض بغرض تقييم احتياجاتك وتنسيق الرعاية الخاصة بك وتقديم الخدمات لك. بإمكانك أن تجد الوكالات الشريكة المشاركة في (CIE) مدرجة على www.ciesandiego.org/partners.

يغطي هذا التصريح دون قيود، جميع المعلومات التي تم الكشف عنها وإعادة الكشف عنها إلى (CIE) بواسطة أنت أو عائلتك أو الوكالات الشريكة، بما في ذلك فريق الرعاية الخاص بك أو أي شخص آخر مشارك في رعايتك أثناء سريان هذا التفويض. كما يجوز لـ (CIE) والوكالات الشريكة لها مشاركة معلوماتك الشخصية والمالية والصحية. وبموجب هذا يوافق سيادتكم على إخطار CIE حال حدوث أي تغيير لهذه المعلومات أو إذا وردد بها أي أخطاء. قد يتم إعادة الكشف عن المعلومات التي تم الكشف عنها بموجب هذا التصريح ولم تعد محمية بموجب قوانين الخصوصية المعمول بها. ومع ذلك، ستظل معلوماتك محمية بموجب اتفاقية المشاركة المبرمة مع شركائنا. لن يؤثر رفضك للتوقيع على هذا الصريح سلبًا على إتاحة تلقيك الرعاية الصحية أو الخدمات من وكالات الإحالة بطريقة مباشرة.

هذا يدسرح إعاشر ممارسات الخصوصية اشونلمر ع الموقع اليبكتروني www.ciesandiego.org/privacy كيفية مع أن ربتعا اا عل لعطلب اختدام وحيما اأمولعت بطاو (CIE)، ووصا يفيدكل ع نسخ من هذا اليتيح وسجللك. يمكنك فسخ

التفويض في أي وقت عن طريق إرسال إرسال إعاشر إ (CIE) ع revoke@211sandiego.org، قد يستغرق خمسة أيام عمل على الأقل. لن يؤثر الفسخ على أي معلومات تم الكشف عنها مسبقا بموجب هذا التصريح. ما لم يتم إلغاؤه مسبقا، ستنتهي صلاحية هذا التصريح خلال عشر (10) سنوات، أو في التاريخ التالي: _____.

بموجب، ذه حاز (CIE) بادختم وفشكلا عنإبلعتل اامولعلما ماعق لن ااقير / الكحول / المخدرات، الصلعلحة اية، وفيروس نقص المناعة البشرية / ايدز.

إذا كنت موافقا، فقم بتوقيع اسمك أدناه:

تمت المراجعة: 20181016.mjb

I have read the CIE Authorization to the client and they have agreed to share their health and social need information, knowing that I was unable to obtain their signature. In lieu of signature, I upload this document as verification.