

Полное имя клиента:	Текущая дата: / /
Дата рождения: / /	Полный номер социального страхования или 4 последние цифры/ 4-значный PIN-код:
Название учреждения:	Имя координатора:

Вы даете разрешение информационному центру округа Сан-Диего, Системе обмена информацией внутри сообщества (Community Information Exchange — CIE) и их учреждениям-партнерам использовать, хранить и обмениваться вашими личными, финансовыми и медицинскими данными с целью оценки ваших потребностей, а также координации оказания медицинской помощи. Учреждения-партнеры CIE перечислены на странице www.ciesandiego.org/partners.

В течение срока своего действия данное Разрешение относится ко всей информации, изначально или повторно переданной CIE вами, вашей семьей, учреждениями-партнерами, включая лечащих врачей, а также любыми другими лицами, которые принимают участие в вашем лечении. CIE и учреждения-партнеры могут обмениваться вашей личной, финансовой и медицинской информацией. Вы соглашаетесь уведомлять CIE о любом изменении своих данных, а также о том, что ваши данные указаны неверно. Информация, раскрытая на основании данного разрешения, может быть раскрыта повторно и может перестать находиться под защитой в соответствии с действующим законодательством о конфиденциальности. Тем не менее, ваша информация будет по-прежнему защищена на основании соглашения, заключенного между нами и другими учреждениями-партнерами. Отказ подписать данное Разрешение не мешает вам пользоваться медицинским обслуживанием или услугами учреждений-партнеров напрямую.

В Уведомлении о порядке использования личной информации, размещенном на странице www.ciesandiego.org/privacy, подробно описано, как CIE использует и защищает информацию, а также как получить копию этого Разрешения и ваших данных. Вы можете в любой момент отозвать свое разрешение, отправив соответствующее уведомление в CIE по адресу revoke@211sandiego.org, которое будет обрабатываться не менее **пяти рабочих дней**. Отзыв Разрешения не повлияет на какую-либо информацию, раскрытую на основании этого Разрешения ранее. Если не указано иное, срок действия настоящего

Разрешения истекает через **10 (десять) лет или в следующие сроки:**_____.

Я разрешаю CIE использовать и раскрывать информацию, связанную со злоупотреблением наркотиками/алкоголем/препаратами, психическим здоровьем, а также ВИЧ/СПИД.

Если вы согласны, напишите ниже свое имя:

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.