



CIE Telephonic Authorization Script (English)

Begin Consent Script

You have the right to provide consent on paper. Do you agree to give your consent in this recorded electronic format?

If “yes” continue

If “no” do not continue

This statement authorizes Community Information Exchange to create a record and to share personal, financial or health information shared with us with our Referral Partners. By providing your consent, you specifically authorize CIE to use and disclose information relating to Drug/Alcohol/Substance Abuse, Mental Health, HIV/AIDS.

The information will be used to assess your needs and coordinate your care. In some situations, your information may be re-disclosed and no longer protected under applicable privacy laws. However, your information will still be protected under our Participation Agreement with our partners. Your refusal to give us permission to share your information will not affect your treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits from our Referral Partners. Please go to our website: www.ciesandiego.org/privacy, for a list of our Referral Partners, and our Notice of Privacy Practices to learn about how we use and share your information, and how to get a copy or revoke this authorization, which you have the right to do at any time. If you revoke this authorization, it will not affect information that has already been shared.

Your authorization will be valid for ten years from today’s date, unless you revoke it earlier.

As your electronic signature and agreement, please state your: name, date of birth and today’s date.

End of Script

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.

CIE Telephonic Authorization Script (En Español)

Guion Sugerido

Voy a leer un formulario común para registrar su permiso para crear un perfil y compartir su información con nuestros socios de referencia. Responda cuando se le pregunte con un sí o no, para que podamos registrar su respuesta. Si acepta, al final de esta declaración, se le pedirá que indique su nombre, fecha de nacimiento y fecha de hoy. Si no está de acuerdo o decide que no desea que compartamos su información, puede decir que no. Si dice no, le daremos información sobre los socios de referencia que podrían ayudarle para que pueda comunicarse con ellos directamente.

Comienza el Guion de Consentimiento

Usted tiene el derecho de dar su consentimiento en papel. ¿Acepta dar su consentimiento en este formato grabado electrónicamente?

Si "sí" continúa

Si "no" no continúa

Esta declaración autoriza a Intercambio de Información Comunitaria (CIE por sus siglas en inglés) a crear un registro y compartir información personal, financiera o de salud compartida con nosotros con nuestros socios de referencia. Su consentimiento autoriza al Intercambio de Información Comunitaria (CIE) y sus socios de referencia, a usar y divulgar información relativa a, Drogas/Alcohol/Abuso de Sustancias, Salud Mental y VIH/SIDA.

La información se usará para evaluar sus necesidades y coordinar su atención. En algunas situaciones, su información puede volver a divulgarse y ya no está protegida por las leyes de privacidad aplicables. Sin embargo, su información aún estará protegida por nuestro Acuerdo de Participación con nuestros socios. Si se niega a darnos permiso para compartir su información no le afectará su tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios de nuestros socios de referencia. Vaya a nuestro sitio web: www.ciesandiego.org/privacy para obtener una lista de nuestros socios de referencia y nuestro aviso de prácticas de privacidad para obtener información sobre cómo usamos y compartimos su información, y cómo obtener una copia o revocar esta autorización, que usted tiene el derecho de hacer en cualquier momento. Si revoca esta autorización, no afectará la información que ya se haya compartido.

Su autorización será válida por diez años a partir de la fecha de hoy, a menos que la revoque antes.

Como su firma electrónica y acuerdo, indique su nombre, fecha de nacimiento y la fecha de hoy.

Fin de guion

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.