



## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS

Yo, el suscriptor, autorizo a Sharp HealthCare , sus entidades subsidiarias y afiliadas y a cada uno de sus respectivos empleados, agentes y contratistas (colectivamente, "Sharp") a proporcionar y divulgar información médica y registros relacionados con el destinatario del servicio identificado a continuación como ("paciente"), a Infoline del condado de San Diego, dba 2-1-1 San Diego y al Intercambio de Información Comunitaria, sus socios y agencias de referencia designados (colectivamente, "CIE"), únicamente para permitir que CIE, coordine, proporcione y organice la prestación de atención médica continua, servicios sociales y apoyo para el paciente, y para ayudar al paciente a lograr sus objetivos de vivienda.

Sharp puede divulgar cualquiera y cada uno de los registros médicos e información a CIE, incluidos, entre otros, pero no limitados a: los registros de salud mental protegidos por la Ley Lanterman-Petris-Short, los registros de abuso de drogas y/o alcohol, información y las pruebas del VIH, SIDA, las enfermedades transmisibles y las discapacidades del desarrollo, si es que son presente (s), a menos que haya tachado la categoría anotada anteriormente o haya identificado registros que se excluirán a continuación” \_\_\_\_\_

Yo entiendo que tengo el derecho a limitar el tipo de información que es publicada. Si elijo limitar la información publicada, entiendo que puede ser necesario que Sharp informe a CIE que partes del registro han sido retenidas.

Yo entiendo que esta Autorización es voluntaria, y Sharp no puede condicionar el tratamiento del paciente por provisión de esta Autorización.

Yo entiendo que la información divulgada a CIE de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a la redistribución por parte de CIE y puede perder su protección de la privacidad bajo las leyes aplicables.

Yo entiendo que Sharp y CIE pueden compartir la información con los socios y agencias de referencia designados por CIE, anotados en el sitio: <https://ciesandiego.org/partners/> incluyendo a las siguientes organizaciones: Centro del Consumidor para la Educación y La Defensa de la Salud de Legal Aid; Servicios Humanos y de Salud del condado San Diego/Imperial; Banco de Alimentos, Agencias de Servicios Médicos de Emergencia; Hospitales dentro del condado de San Diego/Imperial; Agencias de Servicios Sociales dentro del Condado de San Diego/ Imperial; Servicios de Divulgación para Personas Sin Hogar; Programas de Tratamiento de Drogas y Alcohol; Centros de Salud/Clinicas; Centros de Sobrio y Desintoxicación; Servicios Psiquiátricos dentro del Condado de San Diego/ Imperial; Servicios de Vivienda y Refugios; Servicios de Equipo Médico; Departamento de Asuntos de Veteranos; Mental Health Systems, Inc.

Yo entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta Autorización.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización (por escrito) en cualquier momento antes de la divulgación de la información o registros, al proporcionar una notificación de revocación a Sharp por escrito enviada/presentada a la siguiente dirección: Sharp Transitions Program, 8695 Spectrum Blvd, San Diego, CA 92123. Si no se revoca antes, esta Autorización expirará automáticamente y dejará de ser válida un (1) año después de la fecha de firma a continuación.

Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY):
Fecha (MM/DD/YYYY):	Teléfono:
Firma:	Nombre Imprimido:



## AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE REGISTROS

Si está firmado alguien que no es el paciente, indique la relación (el representante autorizado debe presentar la identificación apropiada y los documentos legales necesarios que respalden la autoridad):

- Representante legal, padre o tutor del paciente menor (en la medida en que el menor no pueda dar su consentimiento para la atención)
- Representante legal, tutor, conservador o abogado de hecho de un paciente incompetente
- Firma del médico tratante (si los registros de salud mental se publican):

---