

AUTORIZACIÓN DE FIRST 5 ALAMEDA COUNTY PARA DIFUNDIR Y COMPARTIR INFORMACIÓN

Yo,

Nombre del Padre/Madre o Tutor Apellido del Padre/Madre o Tutor Fecha de nacimiento
y mi hijo(a):

Nombre del niño Apellido del niño Fecha de nacimiento

autorizo a la(s) siguiente(s) agencia(s) y sus representantes que colaboran con First 5 Alameda County a que difundan e intercambien información y/o expedientes sobre mi persona y/o hijo(a) arriba mencionado con el fin de planificar y proporcionar servicios a mi familia:

Nombre de la Persona y Agencia Teléfono

Dirección Apt Ciudad Código postal

Y

Nombre de la Persona y Agencia Teléfono

Dirección Apt Ciudad Código postal

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ESTÁ AUTORIZADA PARA SER DIFUNDIDA E INTERCAMBIADA:

- Recibida toda la información médica relacionada con mi historia clínica, estado físico y tratamiento
- Sólo los siguientes expedientes o tipos de información médica: _____

ESPECÍFICAMENTE AUTORIZO LA DIFUSIÓN DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN (MARQUE LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE):

- Información sobre tratamiento para la salud mental (como esté indicado en el expediente médico o por autorización del paciente)
- Todos los resultados sobre la prueba para detectar el VIH
- Información sobre tratamiento para combatir la adicción a las drogas y el alcohol.

COMPRENDO QUE:

- **Esta autorización es voluntaria.** Aunque no la firme, seguiré recibiendo servicios como se indica en la Autorización de Servicios de First 5 Alameda County.

- Puedo revisar o solicitar una copia de la información médica que vaya a ser difundida o intercambiada por escrito a:
First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Avenue, Alameda, CA 94501.
- First 5 Alameda County divulgará y/o compartirá información con proveedores según sea necesario para proporcionar servicios a mi familia como se indica en esta autorización. La información que se revele de acuerdo con esta autorización podría ser revelada por la agencia/proveedor. First 5 Alameda County no puede controlar el uso que la agencia/proveedor hace de esta información. En algunos casos, las leyes de California prohíben que la agencia/proveedor que recibe mi información médica realice otras difusiones de ella a menos que obtengan de mí otra autorización o a menos que la difusión esté permitida o sea requerida por ley. Sin embargo, es responsabilidad de la agencia/proveedor determinar lo que es legal y cuáles son otras obligaciones relacionadas con esta información y asimismo son responsables de cumplir esas obligaciones.
- He recibido una copia de este formulario y puedo solicitar una copia adicional de este formulario escribiendo a:
First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Avenue, Alameda, CA 94501.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a: First 5 Alameda County, 1115 Atlantic Avenue, Alameda, CA 94501. La cancelación se hará efectiva cuando First 5 Alameda County reciba la solicitud. First 5 Alameda County no puede anular ninguna difusión que ya se haya realizado con mi autorización, y tiene la obligación legal de conservar los expedientes de la atención médica que se me haya proporcionado.
- First 5 Alameda County considera de gran importancia que mi información privada sea confidencial. Para salvaguardar y proteger mi información se utilizarán las normas de protección de datos más estrictas y la tecnología más actualizada.

Esta Autorización vence automáticamente el _____ (o 1 año a partir de la fecha de la firma).

Nombre en letra de molde: _____ Parentesco con el niño: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Título/Parentesco: _____

La enmienda a la Ley de Hijos y Familias (*Children & Families Act*) protege toda la información que pueda identificar a las personas recolectada por las Comisiones de First 5 California contra su divulgación a entidades no autorizadas a menos que se haya obtenido un consentimiento por parte del cliente, padre/madre o tutor legal.