

INLAND REGIONAL CENTER

SERVING PEOPLE WITH DEVELOPMENTAL DISABILITIES

674 Brier Dr., San Bernardino, CA 92408

Teléfono: (909) 890-3000

Mailing: P.O Box 6127, San Bernardino, CA 92412-6127

FAX : (909) 890-3001

Autorización para **Entregar** Información Confidencial/Protegida de Salud

Consumidor _____

Fecha de nacimiento _____

UCI _____

Número de ficha _____

Yo _____ autorizo a Inland Regional Center a entregar los documentos siguientes:

Especifique tipo de documentos: _____

Entregar a: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

1. Esta autorización tiene como propósito facilitar el planeamiento de servicios para individuos con discapacidades de desarrollo. Al completar este documento Ud. autoriza la entrega y/o el uso de información confidencial / protegida de salud y ello no afectará los servicios que Provee el Centro Regional.
2. Esta autorización será válida desde la fecha de su firma a menos que sea anulada por escrito por el consumidor, padre del consumidor, guardian o conservador.
3. Yo entiendo que la persona que recibe esta información médica, no podrá usarla o diseminarla a menos que otra autorización sea otorgada por mí ó a menos que su uso o entrega sean específicamente requeridos y permitidos por ía ley.

Yo autorizo la entrega de los documentos listados. Yo estoy de acuerdo que una copia o facsímil de esta autorización será tan válida como la original.

Firma legal autorizada

Fecha

Relación al consumidor(a):

*Padre/Madre **Guardian **Conservador **Representante designado por la Corte *Consumer

**Se requiere presentar documentos por escrito.*

La persona que firma esta Autorización para entregar documentos tiene el derecho a recibir una copia.

Firma de el cliente si es mayor de 18 años

Fecha

Padres/Tutor Legal

Fecha

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DEL CLIENTE

Inland Regional Center, Inc.

**Vea El Condigo de Bienestar & Instituciones
(Welfare & Institutions Code) Section 4514**

IRCR 202As (03-31-09)