



INLAND REGIONAL CENTER

P. O. Box 19037, San Bernardino, CA 92423

Teléfono: (909) 890-3000

Fax: (909) 890-3001

Autorización para divulgar información de salud confidencial/protegida

Información del consumidor	<p>_____ Nombre del consumidor/solicitante (apellido, nombre) Conocido como (apellido, nombre), <i>si corresponde</i></p> <p>_____ Fecha de nacimiento Número de UCI Número de registro médico, <i>si lo conoce</i></p>	
Divulgar a	<p>Autorizo a Inland Regional Center a divulgar los registros especificados a continuación a:</p> <p>Persona/empresa: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad/Estado/Código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____ Fax: _____</p> <p>Correo electrónico: _____</p>	Propósito
Información para divulgar	<p>Fecha de los registros: _____</p> <p>_____ Early Start (especifique por proveedor/tipo a continuación)*</p> <p>_____ Determinación de elegibilidad (ICRC 53/292)</p> <p>_____ Evaluación(es) psicológica(s)/de elegibilidad de IRC</p> <p>_____ Plan(es) del programa individual</p> <p>_____ Informe de Evaluación del Desarrollo del Cliente (CDER)</p> <p>_____ Notas interdisciplinarias/Título 19</p> <p>_____ Resultados de prueba de VIH/SIDA/registros de tratamiento</p> <p>_____ Pruebas/informes genéticos</p> <p>_____ Registros médicos (especifique por proveedor/tipo a continuación)*</p> <p>_____ Registros legales (especifique)*</p> <p>_____ Evaluaciones/planes de servicio/informes de progreso (especifique)*</p> <p>_____ Otro/*especifique: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Los registros identificados anteriormente pueden incluir registros obtenidos de otras fuentes durante la prestación de servicios del centro regional.</i></p>	Tarifas

Información confidencial del consumidor
Consulte el California Welf. & Inst. § 4514

Diligencie el otro lado

Instrucciones de envío	<input type="checkbox"/> Envíe correo/fax/correo electrónico de los registros directamente a la persona u organización especificada. <input type="checkbox"/> Llame al solicitante cuando los registros estén listos para recoger. Autorizo a _____ para que recoja las copias de los registros solicitados. Relación con el consumidor/solicitante: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Notificación de derechos	Entiendo que: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mi solicitud o la continuación de la elegibilidad para los servicios del centro regional no serán denegados por el solo hecho de negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, la información y los registros, o la falta de ellos, se pueden usar para ayudar al centro regional en su evaluación de elegibilidad y/o servicios necesarios. 2. Puedo revisar u obtener una copia de la información médica de la que se me solicitó una autorización de uso o divulgación. 3. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. 4. Puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoco esta autorización, dicha revocación no tendrá ningún efecto en las acciones tomadas antes de recibirla. 5. La información divulgada en respuesta a esta autorización puede volver a divulgarse a otras partes y dejar de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La ley de California prohíbe que la persona/agencia que recibe mi información realice una divulgación adicional, a menos que obtenga otra autorización para dicha divulgación o que esta sea específicamente requerida o permitida por la ley. (<i>Código civ. §§ 1798 y siguientes, WIC § 4514.</i>) <p style="text-align: right;"><i>Consulte CFR § 164.508 (c)(2)(i)-(iii)</i></p>				
Caducidad	Cualquier duplicado, copia o fotocopia de la autorización lo autorizará a divulgar los registros solicitados en este documento. Sin mi revocación por escrito, esta autorización caducará de manera automática cuando se satisfaga la necesidad de divulgación, pero en cualquier caso caducará dos años después de la fecha de emisión de este documento, a menos que se especifique lo contrario: _____				
Firma	<p style="text-align: center;">LA AUTORIZACIÓN NO SERÁ VÁLIDA SI NO SE DILIGENCIA EN SU TOTALIDAD ANTES DE FIRMAR</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> _____ Firma del consumidor/solicitante o representante legal autorizado </td> <td style="width: 50%; border: none;"> _____ Fecha </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> _____ Nombre del representante legal autorizado </td> <td style="border: none;"> _____ Relación </td> </tr> </table>	_____ Firma del consumidor/solicitante o representante legal autorizado	_____ Fecha	_____ Nombre del representante legal autorizado	_____ Relación
_____ Firma del consumidor/solicitante o representante legal autorizado	_____ Fecha				
_____ Nombre del representante legal autorizado	_____ Relación				

Información confidencial del consumidor
 Consulte el California Welf. & Inst. § 4514

Diligencie el otro lado