



Lane County Health & Human Services Public Health WIC Program

151 W. 7th Ave. Room 210 Eugene, Oregon 97401
Teléfono 541-682-4202 Fax 541-682-4248

Autorización Para la Divulgación de Información Confidencial

Nombre del cliente _____ Fecha de Nacimiento _____

Numero de WIC _____

Yo autorizo la divulgación de mis reportes y conocimientos médicos y de nutrición confidenciales por Servicios de Salud Pública del Programa de WIC a cualquiera de las agencias o individuos designados abajo. Las agencias e individuos designados también pueden divulgar información confidencial a Servicios de Salud Pública del Programa de WIC u otras agencias o individuos designados.

Favor de marcar Si o No para cada agencia y colocar sus iniciales para cada respuesta.

| <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Iniciales | Agencia/Proveedor Médico |
|--|--|-----------|---|
| | | | Médico Particular (nombre & # de teléfono) |
| | | | Child Development and Rehabilitation Center (CDRC) |
| | | | Early Childhood Cares (EC Cares) – Early Intervention |
| | | | Food for Lane County |
| | | | Otro |
| | | | Otro |

Motivo Para la Divulgación: Continuidad de cuidado y coordinación de servicios.

Descripción de la información a ser divulgada _____

Derechos del Cliente Por HIPAA:
Si le estamos peticionando esta Autorización para nuestro uso y divulgación o para autorizar que otro proveedor de cuidados de la salud o plan de salud nos facilite información:

- a. No podemos condicionar tratamiento, pagos inscripción, o elegibilidad para beneficios en la receta de esta Autorización firmada;
- b. Puede inspeccionar una copia de la información de salud protegida a ser usada o divulgada.
- c. Puede negarse a firmar esta Autorización; y
- d. Debemos proveerle una copia de la Autorización firmada.

Tiene el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento a través de notificación por escrito u oral, a menos que no afectará cualquier acción que ya se pudiera haber tomado con el uso o divulgación de esta información en conforme a su Autorización.

A menos que sea revocada anteriormente u otra indicación, esta Autorización se vencerá un año de la fecha en que se firmó o quedará en efecto para el tiempo razonable para completar la petición o en casos cuando los reportes están en transmisión o se transmitieron antes de la notificación de revocación.



He revisado y entiendo esta Autorización. También entiendo que la información usada o divulgada según esta Autorización puede ser sometida a divulgación adicional por parte del recipiente y puede dejar de estar protegida por los reglamentos estatales y federales.

Firma del Cliente

Fecha

Firma del Representante del Cliente

Fecha

Descripción de la autoridad del Representante

Entiendo que la información divulgada podrá incluir información sobre drogas/alcohol la cual es protegida por reglamentos federales y estatales. Específicamente autorizo la divulgación de los siguientes tipos y cantidades de información (i.e. asistencia, plan de tratamiento, descargo):

Firma _____ Fecha _____

Entiendo que la información divulgada podrá incluir información sobre pruebas de VIH/SIDA, tratamiento, o comportamiento arriesgado. Específicamente autorizo esta divulgación.

Firma _____
Fecha _____

Entiendo que la información divulgada podrá incluir información sobre la salud mental. Específicamente autorizo esta divulgación de los siguientes tipos y cantidades de información: _____

Firma _____
Fecha _____

Noticia para el Receptor: 'Información sobre drogas y alcohol le ha sido divulgado de expedientes protegidas por reglamentos Federales de privacidad (42 CFR part 2). Los reglamentos Federales le prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que divulgación adicional es permitido expresamente por el permiso por escrito de la persona de quien se trata o como permitido por 42 CFR part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este caso. Los reglamentos Federales restringen cualquier uso de la información para investigación criminal o prosesación de cualquier paciente abusando alcohol o drogas.' 42 CFR Ch. 1 Subpart C, 2.32 Prohibiciones sobre redivulgación.