

Far Northern Regional Center
P.O. Box 492418, Redding, CA 96049-2418
1377 East Lassen Ave., Chico, CA 95973
421 Chestnut St., Mt. Shasta, CA 96067

**Autorización Para La
Entrega de Información**

Información del Cliente		
Apellido:	Nombre	Inicial:
Dirección:	Ciudad/Estado/Código Postal:	FDN:
Numero de Teléfono del Cliente:	UCI:	

Detalles de la Autorización

Información que viene de (entregada por): Nombre o describir específicamente a las personas y/o organizaciones (o las clases de personas y/o organizaciones), incluyendo FNRC, que están autorizados para hacer uso de y/o revelar la información de salud protegida en este formulario.

Far Northern Regional Center	

Información a (Recibido por): Nombre o describir específicamente a las personas y/o organizaciones (o las clases de personas y/o organizaciones), incluyendo FNRC, que están autorizados a recibir la información detallada de salud protegida en este formulario.

Far Northern Regional Center	
Shasta Head Start	

Propósito de Esta Entrega:

Describa el propósito de la información:
--

A la petición del cliente o su representante legal?	☐ Si ☐ No
---	---

Información Autorizada Para Entregar:
--

☐ Toda Información	☐ Educativo	☐ Vocacional
☐ IFSP/IPP	☐ Registros de salud	☐ Evaluación Social
☐ Otro (por favor de especificar):		

* Esta autorización se limita únicamente a la información que he solicitado arriba para ser utilizada o entregada a las personas/oficinas nombradas en este documento. Por la presente, libero a Far Northern Regional Center de todas las responsabilidades legales o obligaciones que pueden surgir del uso o entrega de información de salud en cumplimiento de esta autorización.

Nombre del Consumidor:

UCI:

Aviso A Los Proveedores De Información

Toda información que usted le proporcione a Far Northern Regional Center es sometida a la sección 4514, código de bienestar y instituciones, confidencialidad y divulgación. Los reglamentos permite para la inspección y copia de todos los registros por el cliente, su tutor o conservador, o según lo exija la ley estatal o federal.

Aviso A Quien Reciba La Información

La información que se le ha sido entregada es confidencial y sometida a la sección 4514, código de bienestar y instituciones. Se le prohíbe hacer cualquier entrega adicional de esta información sin el consentimiento informado y por escrito de la persona a quien esta información le pertenece o de su padre/tutor o conservador o según lo exija la ley estatal o federal.

AVISO

FNRC y muchas otras organizaciones y individuos como médicos, hospitales y planes de salud están obligados por ley a mantener su información de salud confidencial. Si a autorizado la entrega de su información de salud a alguien que no esta legalmente obligado a mantenerlo confidencial, ya no puede estar protegido por las leyes confidencialidad estatales o federales.

SUS DERECHOS

1. Esta autorización para entregar la información de salud **es voluntaria**. El tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no puede estar condicionado a firmar esta autorización, excepto en los siguientes casos: 1) Llevar a cabo un tratamiento relacionado con la investigación, 2) Para obtener información relacionada con la elegibilidad o la inscripción en un plan de salud, 3) Para determinar la obligación de una entidad de pagar un reclamo, o 4) Crear información de salud para entregar a una tercera persona.
2. Esta autorización **puede revocarse** en cualquier momento. This Authorization **may be revoked** at any time. La revocación tiene que ser por escrito, firmado por usted o su representante, y entregado a Far Northern Regional Center. La revocación entrara en efecto cuando FNRC la reciba, excepto en la caso de que FNRC o otros ya hayan dependido en el.
3. Usted tiene el derecho de **recibir una copia** de esta autorización.
4. A menos que se revoque lo contrario, esta **autorización se vence**: _____. Si no se indica ninguna fecha, esta autorización se vence 12 meses después de la fecha en que firme esta forma.

Reconocimiento

Nombre en molde

Firma (Consumidor, Padre, Tutor)

Fecha

Hora

Relación con el consumidor (Padre, Tutor, etc.)

Testigo (solo si el cliente no puede firmar)
o interprete

Personal del CR / Recibido por

Fecha