

(Información Confidencial de Paciente – W&I 5328)

Nombre del Participante: _____ D.O.B: _____

Yo autorizo a que se intercambie información confidencial sobre mi salud (Protected Health Information, PHI, por sus siglas en Inglés) a

De Parte de la Persona u Organización Autorizada a Compartir Dicha Información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código de Area: _____

A la Persona u Organización Autorizada a Recibir Información:

Nombre: **Fred Finch Youth & Family Services (FF)**

Dirección: **3800 Coolidge Ave.**

Ciudad, Estado, Código de Area: **Oakland, CA 94602**

Descripción de la Información que sera Compartida:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Información para fines evaluativos | <input type="checkbox"/> Información sobre termino de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Evaluación siquiatrica | <input type="checkbox"/> Información sobre lugar de residencia |
| <input type="checkbox"/> Información sobre tratamiento | <input type="checkbox"/> Intercambio verbal o escrito de información |
| <input type="checkbox"/> Información sobre asuntos educativos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

El proposito del intercambio de dicha información confidencial es:

- El intercambio tomara lugar una vez El intercambio tomara lugar repetidamente

Yo estoy en el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. FF esta en el derecho de utilizar esta autorización durante el tiempo que este vigente o antes de que sea revocada por mi. Esta autorización no es válida por mas de un año, y si no es revocada antes de ese termino, deberá expirar (fecha de expiración): _____

Iniciales: ____ Tengo el derecho de negarme a firmar este documento. Tratamiento, pago o acceso a servicios no deberá depender de mi decisión de firmar o no este documento.

Iniciales: ____ La ley del estado de California prohíbe que los que reciben información confidencial sobre mi persona la compartan con terceros, excepto con mi autorización por escrito, o cuando es específicamente requerido o permitido por la ley.

Iniciales: ____ Tengo el derecho de recibir una copia de este documento

Iniciales: ____ Eximo a todas las personas que acaten esta autorización firmada por mi, incluyendo al personal de FF, de toda responsabilidad en la que se pudiera incurrir como resultado de compartir esta información con la persona o agencia arriba designada.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Firma del padre o guardian: _____ **Fecha:** _____

Relacion que lo une al Participante: Padre de familia Guardian (explique): _____