

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA A LA SALUD Programa de Adopciones a Través de una Oficina/Agencia

Yo, _____, el agente autorizado de _____

NOMBRE DEL AGENTE
NOMBRE DEL NIÑO(A)

nacido _____, por medio de la presente autorizo a _____

FECHA DE NACIMIENTO
DOCTOR, HOSPITAL, CLÍNICA, TERAPEUTA U OFICINA/AGENCIA

para divulgar información acerca del historial médico, condición, cuidado, o tratamiento mental del niño mencionado anteriormente a los siguientes:

- Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS)
 _____ Oficina/Agencia de adopciones certificada

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: () _____

AUTORIZACIÓN DEL AGENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Restricciones/Duración/Derechos

Mi autorización limita que se divulgue la información del niño a la oficina mencionada anteriormente para el propósito de la planificación de la adopción. Esta autorización se limita a los siguientes tipos de información médica:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Información e historial médico | <input type="checkbox"/> Información e historial psico-social |
| <input type="checkbox"/> Resultados de una prueba o examen | <input type="checkbox"/> Parto y alumbramiento |
| <input type="checkbox"/> Otra información y/o explicación: _____ | |

- Autorizo que se divulgue la información específica de los registros médicos del niño(a).
- Entiendo que la información que se divulgue bajo esta autorización, es posible que quien la reciba la comparta a otros y ya no estará protegida bajo las leyes federales de confidencialidad. Sin embargo, usar y compartir esta información está sujeto a los requisitos estipulados en las Secciones 9200 y siguientes del Código sobre Familias y las Secciones 35049 y siguientes y 35079 y siguientes del Título 22 del Código de Ordenamientos de California.
- Esta autorización se puede revocar en cualquier momento. Mi revocación estrará en vigor el día que se reciba pero no tendrá ningún impacto en el uso y divulgación que se hayan hecho mientras mi autorización era válida.
- Esta autorización entrará en vigor inmediatamente y será válida por un año contado a partir de la fecha en que se firme.
- Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que la original.
- Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización.

- El niño mencionado anteriormente es un dependiente de la Corte Juvenil del Condado de _____.
- El niño mencionado anteriormente está bajo la custodia de la Oficina/Agencia de Adopciones _____ para el propósito de planificación de adopción.

FIRMA DE LA OFICINA/AGENCIA AUTORIZADA: _____

FECHA: _____

Este documento cumple con los requisitos de privacidad que establece la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (*Health Insurance Portability and Accountability Act - HIPAA*).