

Autorización para que el equipo multidisciplinario del condado de Sonoma comparta y utilice la información

Página 1 of 2
Rev. 1/1/25

Nombre legal del cliente: _____	Fecha de nacimiento _____				
También conocido como : _____	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Last 4 SSN Digits</div> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>				

El condado de Sonoma coordina equipos de proveedores de atención médica, agencias de servicios sociales, servicios para personas sin hogar y otras agencias para ayudar a los clientes a obtener los servicios que necesitan. Al firmar este formulario, usted permitirá que los equipos de estas agencias compartan información para que puedan ayudarle. Si no firmas este formulario, puede seguir buscando servicios de estas organizaciones por su cuenta, pero no podrá optar a los servicios del equipo multidisciplinario del condado de Sonoma.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR E INTERCAMBIAR MI INFORMACIÓN PERSONAL Y MI INFORMACIÓN DE SALUD

<i>Inicial</i> <i>Aquí</i>	COLOQUE AQUI SUS INICIALES PARA PERMITIR QUE TODAS LAS AGENCIAS ENUMERADAS A CONTINUACION COMPARTAN SU INFORMACION: He escrito mis iniciales para reconocer que las agencias del condado, los proveedores de atención médica y otras organizaciones enumeradas a continuación pueden compartir mi información entre ellos.
-------------------------------	--

- Departamentos del condado de Sonoma:**
- Servicios de Salud
- Salud Publica
 - Servicios relevantes a las drogas y alcohol
 - Servicios Servicios relevantes a la salud mental
 - Servicios para personas sin hogar
- Servicios Humanos
- Adultos y Envejecimiento incluyendo servicios para veteranos
 - Asistencia Económica
 - Empleo y Entrenamiento
 - Servicios para Familias, jóvenes y niños
- Otras Agencias: (Socios Comunitarios)**
- Servicios para la Salud Comunitaria
- Alliance Medical Center
 - Petaluma Health Center
 - Santa Rosa Community Health Centers
 - West County Health Centers
 - Sonoma Valley Community Health Centers
 - Alexander Valley Health Care
 - Sonoma County Indian Health Project
- Systema de Hospitales
- Providence Health System and clinics
 - Kaiser Permanente Hospitals and clinics
 - Sutter Hospitals and clinics
 - Sonoma Valley Hospital and clinics
 - Healdsburg District Hospital and clinics
- Agencias con Otros Servicios
- Face to Face HIV Services
 - Family Justice Center
 - Felton Institute
 - Goodwill Industries
 - Community Action Partnership
 - North Bay Regional Center
 - Legal Aid of Sonoma County
 - Partnership Health Plan
 - Siyan Clinical Corp.
 - Verity
 - YWCA

- Otros Departamentos del condado de Sonoma
- Child Support Services
 - Community Development Comm. /Housing Authority
 - Probation Department
 - Public Defender's Office
 - Sonoma County Sheriff's Medical Services
- Servicios municipales para personas sin hogar
- City of Healdsburg Homelessness Services
 - City of Petaluma Homeless Services
 - City of Rohnert Park Homeless Services
 - City of Santa Rosa Homeless Services
 - City of Sebastopol Homeless Services
 - City of Sonoma Homeless Services
- Agencias con Servicios Para Personas sin Hogar
- Catholic Charities of Santa Rosa
 - Buckelew Programs
 - Community Support Network
 - COTS
 - HomeFirst Services
 - Homeless Action Sonoma (HAS)
 - Interfaith Shelter Network
 - Interlink Self-Help Center
 - Nation's Finest – Servicios para Veteranos
 - Reach for Home
 - Redwood Gospel Mission
 - SHARE Sonoma County
 - Sonoma Applied Village Services (SAVS)
 - Sonoma Overnight Support
 - St. Vincent de Paul
 - The Living Room
 - West County Community Services
- Desordenes para trastornos por el uso Sustancias
- Drug Abuse Alternative Center
 - Hilltop Recovery Services
 - Santa Rosa Treatment Program
 - Women's Recovery Services
- Servicios para Jovenes
- TLC Child and Family Services
 - Voices Sonoma Youth Center

Other: _____	Other: _____
Other: _____	Other: _____

Esta autorización para divulgar información vence en **5 años desde la fecha en que se firma;**
o vence el: _____ **(Sin exceder los 5 años)**

INFORMACIÓN PERSONAL Y INFORMACIÓN DE SALUD QUE PUEDEN COMPARTIR LAS AGENCIAS IDENTIFICADAS

ESTA AUTORIZACIÓN PERMITE LA DIVULGACIÓN DE TODOS SUS REGISTROS SOBRE SALUD, SERVICIOS SOCIALES Y LIBERTAD CONDICIONAL

Las agencias que figuran en este formulario de autorización pueden compartir toda la información de su historial médico o personal. La información puede proceder de su proveedor pasado, presente o futuro de salud física, de salud mental o de tratamiento por consumo de sustancias. La información también puede proceder de sus registros de servicios sociales, de justicia (si los hubiera) o de los registros de cualquier otra agencia que figure en este formulario de autorización. La información que comparten los organismos puede ser escrita u oral.

- ☐ Inicial
Aquí Coloque aquí sus iniciales para indicar que usted entiende que compartiremos información de su salud mental.
- ☐ Inicial
Aquí Coloque aquí sus iniciales para indicar que usted entiende que compartiremos su información de los últimos 5 años sobre el programa de uso de sustancias de proveedores de tratamiento pasados, presentes y futuros.
- ☐ Inicial
Aquí Coloque aquí sus iniciales para indicar que usted entiende que compartiremos información sobre su VIH/SIDA.

PROPÓSITOS Y LIMITACIONES SOBRE EL USO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL Y SU INFORMACIÓN DE SALUD

Las agencias enumeradas en este formulario de autorización utilizarán la información que comparten para derivarlo a los servicios o para trabajar con otras agencias con el fin de mejorar su salud y bienestar. Estos servicios pueden pertenecer a áreas como atención médica, vivienda, empleo, educación, nutrición, crianza de hijos, bienestar de niños u otros servicios sociales tradicionales. Esta información también se puede usar para fines de investigación.

Entiendo que:

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que me ofrecieron una copia.
- Tengo derecho a pedirles que dejen de compartir mi información. Puedo informarles verbalmente o puedo escribirles a la siguiente dirección:

Sonoma County Privacy Officer: 1450 Neotomas Ave, Santa Rosa, CA, 95405;

O bien por correo electrónico a DHS-Privacy&Security@Sonoma-County.org; O por teléfono al (707) 565-5703

Si les pido que dejen de compartir mi información, dejarán de hacerlo el día en que se los pida, pero esto no afectará la información que ya compartieron

- Comprendo que no tengo que firmar este formulario y que mi información no será compartida si no lo firmo, sin embargo no podré participar con el equipo Multidisciplinario. Si deseo recibir estos servicios a través de organizaciones individuales, no me negarán el tratamiento, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios porque no firmé este formulario; sin embargo, no será atendido por el IMDT y algunos servicios y tratamientos no podrán llevarse a cabo si no permito que se comparta mi información.
- La información que las agencias comparten entre sí puede ser compartida por la persona que obtiene la información, a excepción de ciertos registros de drogas y alcohol protegidos por el gobierno federal. Entiendo que parte de la información que se comparte puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad; por ejemplo, si permito que se comparta información con un familiar.

Nombre del empleado:		Organización que completa este formulario:	
Firma del cliente:	Nombre en Imprinta :		Fecha:
Firma del representante:	Relación:		Fecha: