

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

Nombre legal del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
También conocido como: \_\_\_\_\_ Last 4 SSN Digits: \_\_\_\_\_

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 comparten información para que puedan ayudarle. Si no firma 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

**Iniciales Aquí** **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 Pública

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

##### Sistema 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 Jóvenes

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.

### PROPOSITOS 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](mailto: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 seré 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 Imprenta :	Fecha:
Firma del representante:	Relación:	Fecha: