
**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD
E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Unidad de Servicios del Defensor
Regla de Privacidad de la HIPAA,
Título 45 del C.F.R.,
Sección 164.508
Código de Asistencia Social e
Instituciones,
Sección 5328 (c)

a

Nombre de la Agencia/Persona/Organización

Domicilio (Calle, Ciudad, Estado y Código Postal)

Con el objetivo de:

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD
E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Unidad de Servicios del Defensor
Regla de Privacidad de la HIPAA,
Título 45 del C.F.R.,
Sección 164.508
Código de Asistencia Social e
Instituciones,
Sección 5328 (c)

Al firmar esta autorización:

- Autorizo el uso o la divulgación de mi información protegida de la salud e información confidencial como se describe anteriormente con el objetivo mencionado. Entiendo que esta autorización es voluntaria.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una carta firmada dirigida a la Unidad de Servicios del Defensor, ubicada en 1100 O Street, 72.220 Sacramento, CA 95814, que indique mi deseo de revocar esta autorización de divulgación de mi información protegida de la salud e información confidencial. Entiendo que puedo enviar mi carta de revocación firmada a la dirección de correo electrónico de la Unidad de Servicios del Defensor, T.P.Umbudsman@dhcs.ca.gov. Si se revoca, la autorización caducará el día que se reciba la solicitud o en la fecha especificada en la carta de revocación [Título 45 del C.F.R., § 164.508(c)(2)(ii) y Código Civil, § 56.11(h)] Si no se revoca, caducará al cumplirse (marque uno):
 6 meses Un año o Especificar Fecha _____

Firma del Cliente

Fecha: _____
 Mes Día Año

Firma del Padre/Tutor/Albacea, si Corresponde

Fecha: _____
 Mes Día Año

Fecha: _____

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE LA SALUD
E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Unidad de Servicios del Defensor
Regla de Privacidad de la HIPAA,
Título 45 del C.F.R.),
Sección 164.508
Código de Asistencia Social e
Instituciones, Sección 5328 (c)

Información de Identificación

Copia de Identificación Adjunta

Tipo _____ (Licencia de Conducir de California, Tarjeta de
Identificación del Departamento de Vehículos Motorizados de California, Tarjeta de
Identificación de Empleado Estatal o Federal).

Número _____

Si No Se Adjunta Una Identificación, Su Firma Debe Ser Notariada.

Notariada Por _____

El _____ (Fecha)

Número de Notario Público _____

No Es Oficial Si No Está Firmado por Un Notario Público