

## AUTORIZACIÓN PARA USAR Y/O DIVULGAR INFORMACIÓN RELACIONADA A LA SALUD Programa de Adopciones Independientes

Yo, \_\_\_\_\_, nacido \_\_\_\_\_, por medio de la  
Nombre del padre/madre biológico/legal Fecha de nacimiento  
 presente autorizo a \_\_\_\_\_ para divulgar información acerca de  
Doctor, hospital, clínica, terapeuta u oficina/agencia

- Mi historial médico, condición, cuidado, o tratamiento mental, a:  
 El historial médico, condición, cuidado, o tratamiento mental de mi niño(o niños),

\_\_\_\_\_ Nombre del niño(s)  
 nacido(s) \_\_\_\_\_, a:  
Fecha(s) de nacimiento

- Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS)  
 Oficina delegada de adopciones del condado

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

<b>AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA</b> <b>Restricciones/Duración/Derechos</b>
---

Mi autorización limita que se divulgue esta información 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:

- Información e historial médico  Información e historial psico-social  
 Resultados de una prueba o examen  
 Otra información y/o explicación: \_\_\_\_\_

- Autorizo que se divulgue la información específica de mis registros médicos o los registros médicos de mi 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 entrará 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.

Firma: \_\_\_\_\_ 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*).