



# San Diego Regional Center for the Developmentally Disabled

4355 Ruffin Road, Suite 110, San Diego, California 92123 · (858) 576-2996

## AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF INFORMATION

Completion of this document authorizes the disclosure and/or use of individually identifiable information, as set forth below, consistent with California and Federal law concerning the privacy of such information.

### USE AND DISCLOSURE OF INFORMATION:

Consumer's Name  \_\_\_\_\_  
Last First Middle Initial Date of Birth

I, the undersigned, do hereby authorize:

Name:  \_\_\_\_\_

Address:  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Attention: \_\_\_\_\_

To provide individually identifiable information (health, psychological, educational, etc.) in verbal or written format from the above-named person's record to:

Name: San Diego Regional Center

Address: 4355 Ruffin Road

San Diego, CA 92123

Attention: \_\_\_\_\_

The disclosure of this information is required for evaluation to determine my eligibility to receive services and/or to provide services to me.

### EXPIRATION:

This Authorization expires [insert date or event]:  \_\_\_\_\_

### RESTRICTIONS:

California law prohibits San Diego Regional Center (SDRC) from making further disclosure of my information unless SDRC obtains another authorization from me or unless such disclosure is specifically required or permitted by law.

### YOUR RIGHTS:

I understand that I have the following rights with respect to this Authorization:

I may revoke this authorization at any time. My revocation must be in writing, signed by me or on my behalf, and delivered to: Custodian of the Records, San Diego Regional Center, 4355 Ruffin Road, San Diego, CA 92123.

My revocation will be effective upon receipt, but will not be effective to the extent that SDRC or others have acted in reliance upon this Authorization.

I have a right to receive a copy of this Authorization.

I do not have to sign this Authorization in order to receive services from San Diego Regional Center.

### APPROVAL:

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Relationship to Consumer

\_\_\_\_\_  
Area Code & Phone Number

#### Distribution:

Original: Source of Information

Copy: Consumer/Parent

Copy: File

SDRC #003 (Rev. 05/03)



# San Diego Regional Center for the Developmentally Disabled

4355 Ruffin Road, Suite 110, San Diego, California 92123 · (858) 576-2996

## AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN

De acuerdo con las leyes Federales y de California referente al derecho a la privacidad, con la firma de este documento se autoriza la divulgación y/o uso de información individual identificable, tal como se explica enseguida.

### USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Nombre del consumidor/a: X \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

Yo, el suscrito, por medio del presente documento autorizo a:

Nombre: X \_\_\_\_\_

Dirección: X \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

Para proveer información individual identificable (médica, psicológica, educativa, etc.) en forma verbal o escrita acerca del expediente de la persona mencionada anteriormente a:

Nombre: San Diego Regional Center \_\_\_\_\_

Dirección: 4355 Ruffin Road \_\_\_\_\_

San Diego, CA 92123 \_\_\_\_\_

Atención: \_\_\_\_\_

La divulgación de esta información es requerida para la evaluación correspondiente con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir servicios y/o que éstos me sean provistos..

### VENCIMIENTO:

Esta autorización vence [indique la fecha o el evento]: X \_\_\_\_\_

### RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe que el Centro Regional de San Diego (SDRC) divulgue información adicional, a menos que SDRC obtenga otra autorización de mi parte o que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

### SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta Autorización:

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser presentada por escrito, firma por mí o a mi favor y entregada a: Custodian of the Records, San Diego Regional Center, 4355 Ruffin Road, San Diego, CA 92123.

Mi revocación sera efectiva en el momento que sea recibida; sin embargo, no sera efectiva si SDRC u otros ya la hubieren utilizado para su uso inicialmente autorizado..

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización.

No tengo que firmar esta Autorización con el fin de recibir servicios del Centro Regional de San Diego.

### APROBADA:

X \_\_\_\_\_  
Firma

X \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_ Testigo

X \_\_\_\_\_  
Parentesco con el Consumidor/a

X \_\_\_\_\_  
Código del Area y Número de Teléfono

Distribución:  
Original: Fuente de Información  
Copia: Consumidor/a/Padre  
Copia: Archivo

SDRC #003 (Rev. 05/03)