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 determiner 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 prohibe 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 especificamente 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 _____ **X** _____ _____
Firma Fecha Testigo

X _____ **X** _____
Parentesco con el Consumidor/a Código del Area y Número de Teléfono

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

SDRC #003 (Rev. 05/03)