







- El uso de mi imagen en una fotografía será visible para las agencias asociadas y sus agentes y representantes autorizados. La fotografía se puede recortar o editar según sea necesario.
- Entiendo que los registros médicos, de VIH / SIDA, de salud mental y de drogas y alcohol están protegidos por diversas regulaciones federales y estatales, incluida la Sección 5328 del Código de Bienestar e Instituciones de California, la Ley de Confidencialidad de Información Médica, la Sección 56.10 del Código Civil de California (CMIA) , la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud, 45 CFR, partes 160 y 164 ("HIPAA"), y las Regulaciones Federales que gobiernan la confidencialidad de los registros de pacientes de abuso de drogas, 42 CFR, Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se indique lo contrario permitido por la ley.
- Autorizo expresamente que mi información divulgada de conformidad con este Consentimiento sea divulgada adicionalmente por los destinatarios mencionados anteriormente con el propósito de evaluar mis necesidades de vivienda, asesoramiento, alimentos, asistencia de servicios públicos u otros servicios como parte del trabajo del CoC y HMIS .

**FIRMA:**

Dia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_ AM/PM

Firma del Paciente / Cliente o Representante:

---

Si lo firma una persona que no sea el paciente / cliente, indique la relación:

---

Nombre: