



Southeastern Idaho Public Health

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE WIC

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del Cliente: _____ (Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Nombre(s) Anterior(es): _____

Fecha de Nacimiento: _____

PROVEEDOR DE SALUD/INDIVIDUO QUE LIBERA LA INFORMACIÓN

Nombre: Southeastern Idaho Public Health

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN

Proveedor de Salud/Individuo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA WIC

Autorizo la divulgación de mis registros relacionados con WIC, incluyendo pero no limitado a:

- Registros de participación en el programa WIC
- Evaluaciones nutricionales
- Beneficios y servicios recibidos del programa WIC
- Documentación de elegibilidad por ingresos
- Historial de citas
- Exámenes de salud relacionados con la participación en WIC

ENTENDIMIENTO Y ACUERDO

- Esta información relacionada con WIC puede ser utilizada para la coordinación del programa WIC, la continuidad de la atención, la verificación de elegibilidad u otros propósitos relacionados con WIC.
- Mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no estarán condicionados a si firmo esta autorización o no.
- La información divulgada puede ser revelada nuevamente por el destinatario y puede que ya no esté protegida por las leyes federales o estatales.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento; sin embargo, la revocación no será efectiva para las acciones que ya se hayan tomado basándose en esta autorización.
- Esta autorización es válida por un año a menos que sea revocada por escrito.

FIRMA Y AUTORIZACIÓN

Nombre escrito del Cliente o Representante Personal: _____

Relación con el Cliente: _____

Firma del Cliente o Representante Personal: _____ Fecha: _____

Por favor traiga el formulario completo y su identificación a la oficina de SIPH más cercana.

La información sobre la ubicación de la oficina se puede encontrar en: <https://siphidaho.org/locations.php> 3.2025



Southeastern Idaho Public Health

Yo, [_____], certifico por la presente que la solicitud de uso o divulgación de información médica protegida (PHI) relacionada con la atención de la salud reproductiva no se realiza para ninguno de los fines prohibidos según lo estipulado en la Norma de Privacidad de la HIPAA para Apoyar la Privacidad de la Atención de la Salud Reproductiva.

En concreto, esta solicitud no pretende:

- Realizar una investigación penal, civil o administrativa, ni imponer responsabilidad penal, civil o administrativa a ninguna persona por el acto de buscar, obtener, proporcionar o facilitar atención de la salud reproductiva legal.
- Identificar a ninguna persona con el fin de realizar dicha investigación o imponer responsabilidad.

Reconozco y comprendo los requisitos y prohibiciones establecidos en la Norma de Privacidad de la HIPAA y me comprometo a cumplir con estas normas.

Sanciones por Falsa Declaración:

Reconozco que, a sabiendas y en violación de la HIPAA, obtener o divulgar información médica individualmente identificable bajo falsas pretensiones, o hacer declaraciones falsas sobre el uso previsto de la PHI solicitada, me expondrá a sanciones penales. Estas sanciones pueden incluir multas y prisión, según lo estipula la ley federal.

Al firmar a continuación, afirmo que la información proporcionada en esta declaración es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Firma del testigo interno

Fecha

Fecha de envío: _____ Enviado por _____

Fecha de envío _____ Recibido por _____