



# 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 expone 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 \_\_\_\_\_

7.2024