

# PROGRAMA WHOLE PERSON CARE (WPC)



## AUTORIZACIÓN PARA USAR Y REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

El programa Whole Person Care (Atención integral a la persona) está diseñado para mejorar los resultados de salud mediante la coordinación de la atención entre las entidades participantes a través del intercambio de información. Su autorización para permitir que las entidades participantes de WPC tengan acceso a la información relacionada con usted y su atención es necesaria para su inscripción en WPC. Para obtener más información sobre el programa WPC, visite: [ohealthinfo.com/wpc](http://ohealthinfo.com/wpc).

### PARTE 1: INFORMACIÓN DEL CLIENTE/PACIENTE

Apellido cliente/paciente		Nombre cliente/paciente		Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento
Correo electrónico	N.º CIN	N.º de historia clínica	Número de teléfono con código de área		
Dirección		Ciudad		Estado	Código postal

### PARTE 2: ENTIDADES PARTICIPANTES QUE REVELARÁN ESTA INFORMACIÓN

Whole Person Care Program			Dirección	405 W. 5th Street, Suite 445	
Ciudad	Santa Ana	Estado	CA	Código postal	92701
			Número de teléfono con código de área	(714) 834-5891	

### PARTE 3: ENTIDADES PARTICIPANTES QUE RECIBIRÁN ESTA INFORMACIÓN

Whole Person Care Program			Dirección		
Ciudad		Estado		Código postal	
			Número de teléfono con código de área		

### PARTE 4: PROPÓSITO DE ESTA AUTORIZACIÓN

Coordinación de la atención con y entre el programa Whole Person Care y las entidades participantes.

### PARTE 5: INFORMACIÓN QUE SE PUEDE REVELAR *(Sección 5B opcional)*

A.	La cantidad mínima de información para coordinar la atención entre las entidades participantes de Whole Person Care.
B.	El intercambio de información sobre las pruebas y los resultados de VIH/SIDA es opcional. Coloque aquí sus iniciales si acepta el intercambio con las entidades participantes de WPC. X _____

### PARTE 6: FECHA DE VENCIMIENTO DE SU AUTORIZACIÓN

A menos que se revoque por escrito, esta autorización vence: Lo que ocurra primero: Cancelación de la inscripción del programa WPC O 31/12/2020

### PARA SU REVISIÓN

He leído el contenido de este formulario. Yo entiendo, acepto y permito que el programa Whole Person Care (WPC) del Condado de Orange use y revele mi información según lo indicado arriba. Además, entiendo que la firma de este formulario es voluntaria y, con la excepción de la participación en el programa WPC, el tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización. Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento por escrito, mediante el envío de un aviso al administrador del programa WPC. La revocación no afectará las revelaciones que el programa WPC ya haya hecho en virtud de la autorización. La información revelada de conformidad con esta autorización puede volver a revelarla el receptor y ya no estar protegida por la ley federal de privacidad (HIPAA). La ley aplicable del estado u otra ley federal puede requerir que el destinatario obtenga su autorización por escrito antes de volver a revelarla, a menos que las leyes permitan lo contrario. Tengo derecho a obtener una copia de este formulario. Hay tarifas que se pueden aplicar a ciertas solicitudes. Una copia de la autorización original es válida.

<b>PARTE 7: FIRMA: PARTICIPANTE O REPRESENTANTE PERSONAL DESIGNADO/TUTOR</b>	<b>PARTE 8: FECHA</b>
--	-----------------------

X			
Representante personal (nombre completo en letra de molde)		Relación personal con el cliente/paciente (por ejemplo, custodio, padre, etc.)	
Dirección del representante personal		Ciudad	Estado
			Código postal

Disclosures pursuant to this authorization are allowable only among Whole Person Care participating entities  
All numbered items must be completed for authorization to be valid