



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Solicitud Para Recibir Servicios del Centro Regional

(Para Niños Mayores de 3 Años de Edad y Adultos)

Esta solicitud le ayudará al Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC) a determinar la elegibilidad para los servicios conforme a la Ley de Servicios de Discapacidades del Desarrollo Lanterman. Para ser elegible para los servicios del Centro Regional, un individuo debe tener una discapacidad del desarrollo según los Reglamentos y Ley de California. Una discapacidad del desarrollo es una condición atribuible a:

- (1) Discapacidad Intelectual
- (2) Epilepsia
- (3) Parálisis Cerebral
- (4) trastorno del espectro autista (autismo)
- (5) Condiciones debilitantes que se encuentren estrechamente relacionadas con la discapacidad intelectual o que requieran tratamiento similar al que reciben las personas con discapacidad intelectual.

Además, la discapacidad debe: haber iniciado antes a la edad de 18 años, continua o se espera que continúe indefinidamente y constituye un impedimento sustancial para la persona. Discapacidad sustancial significa una limitación funcional significativa en tres o más de las siguientes áreas de actividad de vida: cuidado personal, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, dirección propia, capacidad de vivir independientemente, y autosuficiencia económica. Una discapacidad del desarrollo no incluye otras condiciones de incapacidad que sean únicamente físicas por naturaleza, únicamente psiquiátricas por naturaleza o únicamente una discapacidad de aprendizaje.

Para poder determinar la elegibilidad del solicitante, NLACRC deberá completar una evaluación, que puede incluir la recopilación de información del diagnóstico histórico, tal como registros médicos, registros de la escuela, pruebas psicológicas previas, además de la disposición de una evaluación diagnóstica(s), si se indica. Esta solicitud contiene los formularios necesarios requeridos para que NLACRC inicie el proceso de evaluación. El proceso de evaluación no puede comenzar antes de recibir su consentimiento por escrito. La información del solicitante es confidencial y no será divulgada sin su consentimiento por escrito. La determinación de elegibilidad puede tardar hasta 120 días. Para comenzar el proceso:

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE ADMISIÓN

¿Se sospecha de una discapacidad del desarrollo? Sí No

Si una discapacidad del desarrollo como se describe arriba no se sospecha, el Centro Regional tal vez no sea la agencia apropiada para satisfacer las necesidades del solicitante, y una solicitud NO se debería completar.

¿Vive usted en la zona alrededor de NLACRC? Valles de San Fernando Valles de Santa Clarita Valles de Antelope Valley

Si usted no vive en una de estas áreas, es necesario solicitar los servicios del Centro Regional que sirve el área donde usted vive. Por favor visite el sitio web <http://www.dds.ca.gov/RC/RCzipLookup.cfm> para encontrar el Centro Regional que corresponde a su código postal.

- Marque este casillero una vez que se haya asegurado de haber completado la solicitud de la manera más precisa y completa posible. (La recopilación de la información demográfica en esta solicitud es requerida por el Departamento de Servicios de Desarrollo del Estado de California).
- Marque este casillero si ha firmado el consentimiento para la evaluación y los servicios en la página 8. **(El proceso de evaluación no podrá comenzar sin antes recibir su consentimiento por escrito).**
- Marque este casillero si ha firmado las divulgaciones de historial médico, psicológico y escolar en las páginas 9 - 14. **(Estas divulgaciones nos permiten obtener historiales médicos, datos psicológicos e información educativa que son una parte esencial del proceso de determinación de elegibilidad).**

Envíe la solicitud de admisión usando uno de estos métodos:

- Envíe por FAX la solicitud completa con las páginas que contienen firmas (páginas 1-14) al departamento de admisión de NLACRC al 818-756-6357
- ESCANIELA o envíela como un archivo adjunto de correo electrónico a intake@nlacrc.org, O
- O puede enviar la solicitud al departamento de Intake de NLACRC: **9200 Oakdale Ave., Suite 100, Chatsworth, CA 91311**
- Por favor lea el Aviso de Prácticas de Privacidad (páginas 15 y 16) y guárdelo para sus archivos. NO LO ENVIE DE REGRESO POR FAX a NLACRC. Estas páginas contienen información acerca de la privacidad de su información de salud.

Gracias por su interés en el Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles. Por favor visite nuestra página web en www.nlacrc.org. Usted puede encontrar más información acerca de los Centros Regionales en www.dds.ca.gov



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Solicitud Para Recibir Servicios del Centro Regional Para Niños Mayores de 3 Años de Edad y Adultos

Información del Solicitante:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	Edad	Lugar de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sexo	Idioma Principal	Etnicidad
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Seguro Social	Estado Civil	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Si el nombre del Solicitante ha cambiado, favor de indicar el nombre previo a continuación.

Primer Nombre Previo	Segundo Nombre Previo	Apellido Previo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Con quién vive el Solicitante? Padres Padres de Crianza Casa Hogar Independiente

Dirección

<input type="text"/>

Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de Teléfono Principal	Número de Teléfono Alternativo	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Quién es la persona principal responsable a quien se la puede contactar con respecto a este solicitante?

Primer Nombre	Apellido	Relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de Teléfono Principal	Número de Teléfono Alternativo	<u>Correo Electrónico</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Favor de proporcionar información sobre la persona, agencia, u oficina que hizo la referencia.

Nombre de Agencia / Persona	Número de Teléfono Principal	<u>Correo Electrónico</u>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El solicitante ha recibido previamente una evaluación o servicio del Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles u otro Centro Regional? Sí No

Si indica que "Sí," favor de indicar el nombre del Centro Regional:

¿El solicitante está bajo tutela por asignación de la corte? Sí No

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357
o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Información del Padre:

¿El papá vive con el niño(a)? En caso de "Sí", indicar aquí.

Si la información del papá no es conocida, indicar aquí.

Primer Nombre **Segundo Nombre** **Apellido**

Fecha de Nacimiento **Lugar de Nacimiento** **Idioma**

Dirección

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Número de Teléfono **Número de Seguro Social**

Nombre del Empleador **Título / Ocupación**

Discapacitado Sí No **Fallecido** Sí No

Estado Civil Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

Información de la Mamá:

¿La mamá vive con el niño(a)? En caso de "Sí", indicar aquí.

Si la información de la mamá no es conocida, indicar aquí.

Primer Nombre **Segundo Nombre** **Apellido**

Fecha de Nacimiento **Lugar de Nacimiento** **Idioma**

Dirección

Ciudad **Estado** **Código Postal**

Número de Teléfono **Número de Seguro Social**

Nombre del Empleador **Título / Ocupación**

Discapacitada Sí No **Fallecida** Sí No

Estado Civil Casada Divorciada Separada Soltera Viuda

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357
o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Discapacidad del Desarrollo: Favor de indicar la discapacidad del desarrollo que se sospecha o el diagnóstico para el solicitante. Puede indicar más de un área de discapacidad del desarrollo. NLACRC realizará una evaluación para determinar si el solicitante cumple con la definición de discapacidad del desarrollo conforme la ley y reglamentos de California.

- Discapacidad Intelectual
- Trastorno del Espectro Autista (Autismo)
- Parálisis Cerebral
- Epilepsia
- Condiciones similares al Discapacidad Intelectual

Para ser elegible para los servicios del Centro Regional, un solicitante DEBE tener una discapacidad del desarrollo sustancialmente incapacitante. Si se cree que el solicitante no tiene una discapacidad del desarrollo, es posible que el Centro Regional no sea la entidad adecuada para recibir solicitudes para responder a las necesidades del solicitante.

En el cuadro a continuación describir por qué el solicitante está haciendo solicitud para los servicios del Centro Regional:

1. Discapacidad Intelectual

¿Se sospecha que el solicitante pueda tener discapacidad intelectual (si no, por favor Sí No pase a la siguiente sección)?

¿El solicitante ha sido diagnosticado por un profesional de salud con discapacidad intelectual? Sí No

Nombre del Profesional: _____ ¿A qué edad fue diagnosticado el solicitante? _____

Por favor, describa las preocupaciones sobre la habilidad de aprender del solicitante:

Favor de describir las preocupaciones sobre la capacidad del solicitante para realizar habilidades apropiadas a su edad independientemente:

2. Trastorno del Espectro Autista (Autismo)

¿Se sospecha que el solicitante pueda tener Trastorno Del Espectro Autista (Autismo) Sí No (si no, por favor pase a la sección siguiente)?

¿El solicitante ha sido diagnosticado por un profesional de salud con Trastorno Del Espectro Autista (Autismo)? Sí No

Nombre del Profesional: _____ ¿A qué edad fue diagnosticado el solicitante? _____

¿A qué edad comenzaron las preocupaciones sobre el desarrollo del solicitante? _____

Describe las preocupaciones relacionadas con el lenguaje del solicitante:

Describe las preocupaciones acerca de la interacción social del solicitante:

Describe las preocupaciones acerca de los comportamientos del solicitante:

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357 o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Discapacidad del Desarrollo: Por favor proporcione información sobre el área de discapacidad del desarrollo que se sospecha o el diagnóstico del solicitante. Usted puede proporcionar información en más de un área de discapacidad del desarrollo. NLACRC realizará una evaluación para determinar si el solicitante cumple con la definición de discapacidad del desarrollo conforme a la ley y reglamentos de California.

3. Parálisis Cerebral:

¿El solicitante ha sido diagnosticado por un profesional de salud con Parálisis Cerebral?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del Profesional:		Fecha del diagnóstico:	
Por favor, describa el tipo de parálisis cerebral y la forma en que el solicitante se ve afectado en su funcionamiento diario.			
¿El solicitante usa equipo de adaptación? <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Silla de ruedas <input type="radio"/> Andador <input type="radio"/> Abrazadera/AFO			

4. Epilepsia:

¿El solicitante ha sido diagnosticado por un médico o un neurólogo con Epilepsia?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Nombre del Profesional:		Fecha del diagnóstico:	
¿Si "Sí", qué edad tenía el solicitante cuando le diagnosticó con Epilepsia?			
¿El solicitante está tomando medicina para la Epilepsia(Convulsiones)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si "Sí", por favor indique qué medicamento(s) toma para la Epilepsia (Convulsiones) a continuación.			
Describa el tipo de convulsiones y cómo el solicitante se ve afectado en su funcionamiento diario.			

¿Qué tan frecuente ocurren las convulsiones? Diario Semanal 1 al Mes 1 al Año Ninguna en Este Último Año

5. Otro:

Si es necesario, describa a continuación cualquier otra preocupación acerca del solicitante que no se ha tratada arriba.

--



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

1. Historial Médico

¿Tiene el solicitante algún diagnóstico médico o condiciones crónicas de salud? Sí No

Por favor descríballo a continuación.

Nombre del Médico:

Por favor escriba todos los medicamentos que el solicitante está tomando actualmente para su condición médica.

2. Historial de Salud Mental

¿Tiene el solicitante actualmente un diagnóstico de salud mental (psiquiátrico)? Sí No

Por favor descríballo a continuación.

Nombre del proveedor de Salud Mental:

Por favor escriba todos los medicamentos que solicitante está tomando para su condición de salud mental (psiquiátrica).

3. Historial Escolar: Por favor, escriba el nombre de la escuela e información de contacto en la página 6 para solicitar registros.

¿El solicitante está o ha estado en un programa de educación especial o ha tenido un IEP (Plan Individual de Educación)? Sí No

¿El solicitante se graduó de la preparatoria? Sí No

4. Otros Servicios

¿Ha recibido el solicitante servicios a través de los Servicios de Niños de California (CCS)? Sí No

¿Ha recibido el solicitante servicios a través del Departamento de Rehabilitación? Sí No

IMPORTANTE: Favor de enviar una copia de la tarjeta del seguro del solicitante con su solicitud. Esto es requerido por la ley de California.

Información de Seguro

		Medi-Cal <input type="checkbox"/>
Nombre de la compañía de Seguro	Teléfono de la compañía de Seguro	
Nombre del Asegurado	Número de la Póliza de Seguro	

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357 o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Clinician / Educational Contact Information For Record Request

Por favor, indique el nombre y la información de contacto que corresponda para el médico actual, cualquier especialista médico, psicólogo o proveedores de salud mental, y la última escuela que asistió. Luego, firme los consentimientos correspondientes para poder obtener los registros actuales de estos proveedores en las páginas 9 - 14.

A. Médico Actual.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Numero de Teléfono

B. Otro Médico, Especialista Médico, Hospital, Psicólogo, o Especialista de Salud Mental Actual.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Numero de Teléfono

Especialidad

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

C. Escuela Actual o la última escuela que asistió.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Numero de Teléfono

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357
o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

D. Otro Médico, Especialista Médico, Hospital, Psicólogo, Especialista de Salud Mental, o Escuela Actual.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Numero de Teléfono

E. Otro Médico, Especialista Médico, Hospital, Psicólogo, Especialista de Salud Mental, o Escuela Actual.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Numero de Teléfono

Especialidad

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

F. Otro Médico, Especialista Médico, Hospital, Psicólogo, Especialista de Salud Mental, o Escuela Actual.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Numero de Teléfono

Especialidad

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Consentimiento para Servicios de Admisión y Evaluación

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para una evaluación de la persona que aparece nombrado(a) en este formulario con el fin de determinar la elegibilidad para los servicios del Centro Regional conforme a la Ley de Servicios de Discapacidad del Desarrollo Lanterman. Entiendo que la evaluación pueda incluir la recopilación y revisión de información sobre el historial de diagnósticos que estén disponibles, suministro o adquisición de las pruebas necesarias y las evaluaciones y resumen de los niveles del desarrollo y las necesidades de tal servicio. Entiendo que el Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles pueda considerar las evaluaciones y pruebas, incluyendo, pero sin limitarse a, las pruebas de inteligencia, pruebas funcionamiento de adaptación, pruebas neurológicas y neuropsicológicas, pruebas diagnósticos realizadas por un médico, pruebas psiquiátricas, y otros exámenes y evaluaciones que han sido realizados por, y que estén disponibles de otras fuentes. (Código de Bienestar e Instituciones de California Sección 4642, 4653)

Acuse De Recibo De Aviso De Prácticas De Privacidad

Entiendo que toda la información y registros obtenidos por el Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles en el curso de proveer servicios de admisión y una evaluación son confidenciales.

Por favor revise el **Aviso de Prácticas de Privacidad** adjunto. Al firmar este formulario, reconozco que se me proporcionó una copia del *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles. Reconozco que he leído (o tuvo la oportunidad de leer) y comprendí el Aviso. Entiendo que puedo solicitar una copia impresa del Aviso en cualquier momento.

Nombre del Solicitante

Firma

Fecha

Si el solicitante es un menor o incapaz de firmar:

Nombre del Padre o Representante Autorizado

Firma

Fecha

Relación con el Solicitante



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Autorización Para Usar Y/O Revelar Información Médica, Educacional Y/O Cualquier Otra Información De Salud Protegida

A: Atención:

Por medio del presente autorizo al antedicho profesional médico, hospital, clínica, centro de salud mental, escuela y/o a sus empleados designados, a revelar información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e información médica con respecto a:

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Revele la información a: Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)

VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el _____ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad, los datos ya no contarán con la protección de las leyes estatales y federales de confidencialidad.

ESPECIFIQUE LOS DOCUMENTOS

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información Médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo, admisiones a hospitales y sumarios de alta.
- Registros Educativos y / o Vocacionales:** El más reciente IEP, el expediente académico de la escuela / universidad, y / o registros acumulativos educacionales / vocacionales.
- Información psiquiátrica/psicológica:** los registros de tratamiento y evaluación de salud mental, evaluaciones de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, incluyendo hojas de puntuaciones de los exámenes, registros de salud mental (AB3632) de la escuela.

Firma _____

Tratamiento de Alcohol/Drogas
Firma _____

Información VIH/SIDA
Firma _____

Otros (Especificar)

Solicito que la información médica a revelar, según estipulada a través de esta autorización, sea utilizada, únicamente, para los siguientes propósitos. Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde _____ Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor _____

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357 o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Autorización Para Usar Y/O Revelar Información Médica, Educacional Y/O Cualquier Otra Información De Salud Protegida

A: Atención:

Por medio del presente autorizo al antedicho profesional médico, hospital, clínica, centro de salud mental, escuela y/o a sus empleados designados, a revelar información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e información médica con respecto a:

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Revele la información a: Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)

VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el _____ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad, los datos ya no contarán con la protección de las leyes estatales y federales de confidencialidad.

ESPECIFIQUE LOS DOCUMENTOS

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información Médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo, admisiones a hospitales y sumarios de alta.
- Registros Educativos y / o Vocacionales:** El más reciente IEP, el expediente académico de la escuela / universidad, y / o registros acumulativos educacionales / vocacionales.
- Información psiquiátrica/psicológica:** los registros de tratamiento y evaluación de salud mental, evaluaciones de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, incluyendo hojas de puntuaciones de los exámenes, registros de salud mental (AB3632) de la escuela.

Firma _____

Tratamiento de Alcohol/Drogas

Firma _____

Información VIH/SIDA

Firma _____

Otros (Especificar)

Solicito que la información médica a revelar, según estipulada a través de esta autorización, sea utilizada, únicamente, para los siguientes propósitos. Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde _____ Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor _____

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357 o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Autorización Para Usar Y/O Revelar Información Médica, Educacional Y/O Cualquier Otra Información De Salud Protegida

A: Atención:

Por medio del presente autorizo al antedicho profesional médico, hospital, clínica, centro de salud mental, escuela y/o a sus empleados designados, a revelar información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e información médica con respecto a:

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Revele la información a: Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)

VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el _____ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad, los datos ya no contarán con la protección de las leyes estatales y federales de confidencialidad.

ESPECIFIQUE LOS DOCUMENTOS

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información Médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo, admisiones a hospitales y sumarios de alta.
- Registros Educativos y / o Vocacionales:** El más reciente IEP, el expediente académico de la escuela / universidad, y / o registros acumulativos educacionales / vocacionales.
- Información psiquiátrica/psicológica:** los registros de tratamiento y evaluación de salud mental, evaluaciones de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, incluyendo hojas de puntuaciones de los exámenes, registros de salud mental (AB3632) de la escuela.

Firma _____

Tratamiento de Alcohol/Drogas
Firma _____

Información VIH/SIDA
Firma _____

Otros (Especificar)

Solicito que la información médica a revelar, según estipulada a través de esta autorización, sea utilizada, únicamente, para los siguientes propósitos. Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde _____ Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor _____

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357
o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Autorización Para Usar Y/O Revelar Información Médica, Educacional Y/O Cualquier Otra Información De Salud Protegida

A: Atención:

Por medio del presente autorizo al antedicho profesional médico, hospital, clínica, centro de salud mental, escuela y/o a sus empleados designados, a revelar información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e información médica con respecto a:

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Revele la información a: Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)

VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el _____ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad, los datos ya no contarán con la protección de las leyes estatales y federales de confidencialidad.

ESPECIFIQUE LOS DOCUMENTOS

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información Médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo, admisiones a hospitales y sumarios de alta.
- Registros Educativos y / o Vocacionales:** El más reciente IEP, el expediente académico de la escuela / universidad, y / o registros acumulativos educacionales / vocacionales.
- Información psiquiátrica/psicológica:** los registros de tratamiento y evaluación de salud mental, evaluaciones de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, incluyendo hojas de puntuaciones de los exámenes, registros de salud mental (AB3632) de la escuela.

Firma _____

Tratamiento de Alcohol/Drogas

Firma _____

Información VIH/SIDA

Firma _____

Otros (Especificar)

Solicito que la información médica a revelar, según estipulada a través de esta autorización, sea utilizada, únicamente, para los siguientes propósitos. Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde _____ Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor _____

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357 o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Autorización Para Usar Y/O Revelar Información Médica, Educacional Y/O Cualquier Otra Información De Salud Protegida

A: Atención:

Por medio del presente autorizo al antedicho profesional médico, hospital, clínica, centro de salud mental, escuela y/o a sus empleados designados, a revelar información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e información médica con respecto a:

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Revele la información a: Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)

VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el _____ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad, los datos ya no contarán con la protección de las leyes estatales y federales de confidencialidad.

ESPECIFIQUE LOS DOCUMENTOS

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información Médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo, admisiones a hospitales y sumarios de alta.
- Registros Educativos y / o Vocacionales:** El más reciente IEP, el expediente académico de la escuela / universidad, y / o registros acumulativos educacionales / vocacionales.
- Información psiquiátrica/psicológica:** los registros de tratamiento y evaluación de salud mental, evaluaciones de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, incluyendo hojas de puntuaciones de los exámenes, registros de salud mental (AB3632) de la escuela.

Firma _____

Tratamiento de Alcohol/Drogas
Firma _____

Información VIH/SIDA
Firma _____

Otros (Especificar)

Solicito que la información médica a revelar, según estipulada a través de esta autorización, sea utilizada, únicamente, para los siguientes propósitos. Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde _____ Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor _____

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357 o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900
25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450
43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Autorización Para Usar Y/O Revelar Información Médica, Educacional Y/O Cualquier Otra Información De Salud Protegida

A: Atención:

Por medio del presente autorizo al antedicho profesional médico, hospital, clínica, centro de salud mental, escuela y/o a sus empleados designados, a revelar información médica protegida y registros educativos según se indica a continuación.

Por favor, revele expedientes e información médica con respecto a:

Nombre: Fecha de Nacimiento:

Revele la información a: Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC)

VIGENCIA

Esta autorización entrará en vigencia inmediatamente y seguirá vigente hasta el _____ o tendrá una duración de un año a partir de la fecha de la firma si no se incluye una fecha.

REVOCACIÓN

El suscrito podrá revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito, ir firmada por el suscrito y entregarse al NLACRC en la dirección antes mencionada. La revocación por escrito entrará en vigencia en el momento de recibirla, pero no será válida hasta el grado en que el solicitante o terceros hayan actuado basándose en esta autorización.

REVELACIÓN POSTERIOR DE INFORMACIÓN

Se requiere por ley que el NLACRC y muchas otras organizaciones y personas mantengan la confidencialidad de su información médica. Si usted ha autorizado la revelación de su información médica a alguien que no esté legalmente obligado a mantener su confidencialidad, los datos ya no contarán con la protección de las leyes estatales y federales de confidencialidad.

ESPECIFIQUE LOS DOCUMENTOS

Marque y firme con sus iniciales las casillas correspondientes a la información que usted autoriza a revelar:

- Información Médica:** Archivos de nacimiento, visitas al consultorio médico, exámenes físicos, evaluaciones del desarrollo, admisiones a hospitales y sumarios de alta.
- Registros Educativos y / o Vocacionales:** El más reciente IEP, el expediente académico de la escuela / universidad, y / o registros acumulativos educacionales / vocacionales.
- Información psiquiátrica/psicológica:** los registros de tratamiento y evaluación de salud mental, evaluaciones de diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, incluyendo hojas de puntuaciones de los exámenes, registros de salud mental (AB3632) de la escuela.

Firma _____

Tratamiento de Alcohol/Drogas

Firma _____

Información VIH/SIDA

Firma _____

Otros (Especificar)

Solicito que la información médica a revelar, según estipulada a través de esta autorización, sea utilizada, únicamente, para los siguientes propósitos. Esta información será utilizada por NLACRC para evaluar y tomar decisiones con respecto a la elegibilidad de servicios apropiados para este individuo.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios es independiente del acto de firmar esta autorización. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización para mis archivos. Una copia de esta autorización es válida como un original.

Firma del cliente (si es mayor de 18 años) o Representante Legal del Cliente _____ Fecha _____

Nombre con letra de molde _____ Relación, si la firma una persona que no sea el consumidor _____

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6357 o por correo electrónico a intake@nlacrc.org



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Aviso De Prácticas De Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PODRÍA SER USADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.

El Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (NLACRC - *North Los Angeles County Regional Center*) está obligado por ley a mantener la privacidad de su Información de Salud Protegida (PHI - *Protected Health Information*). PHI es información que le identifica a usted de alguna forma (electrónica, escrita, oral, etc.) que es recopilada, creada, mantenida o recibida por NLACRC en relación con su pasado, presente o de su condición de salud o condición física o mental en el futuro. Se nos requiere por ley que le proporcionemos a usted, el consumidor del Centro Regional, este "Aviso de Prácticas de Privacidad" explicándole nuestro deber legal y prácticas de privacidad con respecto a su PHI. También se nos requiere que acatemos los términos de la versión corriente/actual de este Aviso. En este Aviso, los términos "NLACRC", "nosotros" y "nuestros", se refieren al Centro Regional del Norte del Condado de Los Angeles (*North Los Angeles County Regional Center*).

NOSOTROS PODRÍAMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD SOBRE USTED, SIN SU PERMISO ESCRITO, EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

Tratamiento: Podríamos usar y divulgar su PHI para el suministro, coordinación y/o manejo de sus cuidados de salud y servicios relacionados. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI a los coordinadores de casos, doctores, proveedores de servicios de salud, vendedores, asociados comerciales, cuidadores y otras personas que están involucradas en su cuidado, ya sea dentro o fuera de NLACRC.

Manejo de Cuidados de Salud: Podríamos usar y divulgar su PHI para el funcionamiento de nuestras operaciones. Por ejemplo, actividades que impliquen, pero no limitadas a, manejo de casos, evaluación y mejoras de calidad de servicios, mitigación de riesgos, omisión o descuido por parte de agencias estatales y federales, procesos de auditoría, entrenamiento y promoción de defensa pública. Esto puede incluir compartir su información con el Departamento de California de Servicios del Desarrollo (DDS) y otros centros regionales de California cuando se requiera.

Pagos: Podríamos usar su PHI, por ejemplo, para determinar nuestra responsabilidad de pago o permitirnos facturar y cobrar por tratamientos y servicios de salud que usted recibe.

Recordatorio y Notificación de Citas: Podríamos llamarlo respecto a sus citas o para brindarle información que podría ser de su interés.

Actividades de Salud Pública: Podríamos compartir su PHI para actividades de salud pública, por ejemplo, cuando esté relacionado a la prevención de enfermedades, lesiones o discapacidad; para dar seguimiento y monitorear ciertos productos médicos.

Procesos Judiciales: Podríamos usar y divulgar su PHI para procesos judiciales, por ejemplo, para una audiencia administrativa, a respuesta de una orden de la corte o una citación.

Orden Público: Nosotros podríamos compartir su PHI con las agencias encargadas de hacer cumplir la ley, por ejemplo, para responder a una orden de allanamiento o para denunciar un crimen.

Para Estudios e Investigaciones: Podríamos usar o compartir su PHI para investigaciones o estudios aprobados por NLACRC y un Directorio de Investigación Institucional, un comité que es responsable, por ley, de revisar y aprobar investigaciones para proteger la seguridad de los participantes y la confidencialidad de su PHI. La participación en cualquier estudio e investigación podría requerir también, específicamente, de su autorización.

Amenaza Seria a la Salud o Seguridad o en Situaciones de Desastres: Podríamos usar o compartir su PHI para prevenir amenazas serias / inminentes a usted, o a la salud o seguridad de otras personas.

Seguridad Nacional: Podríamos compartir su PHI con oficiales federales autorizados en cuestiones de inteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por ley.

Forenses, Examinadores Médicos, Funerarias y Donación de Órganos: Podríamos compartir su PHI con estas agencias, según estipulado por ley, para permitir a estos individuos realizar sus funciones oficiales: por ejemplo, para identificar a un difunto.

Instituciones Correccionales/ Penales: Si usted está bajo la custodia legal, podríamos compartir su PHI con instituciones correccionales o penales o agencias policíacas, según sea necesario para su cuidado médico.

Según lo que Estipula la Ley: Compartiremos su PHI cuando esté estipulado por ley.

OTROS USOS DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Otros usos y revelaciones de la Información de Salud Protegida no cubiertas por este aviso o por las leyes que nos aplican a nosotros, serán realizados únicamente con su permiso y autorización. La autorización que usted nos dé para usar o divulgar su PHI podría ser revocada, por usted, por escrito, en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, esto detendrá cualquier uso o divulgación futura de su PHI para propósitos indicados en su autorización escrita. Usted debe entender que nosotros no podemos exigir la devolución de cualquier información divulgada que ya se haya hecho con su permiso, y que a nosotros se nos requiere mantener archivos y expedientes de los cuidados que le hemos proporcionado a usted. Hay requisitos más estrictos para el uso y divulgación de ciertos tipos de PHI, por ejemplo, expedientes sobre VIH/SIDA, salud mental y tratamientos de abuso de drogas y alcohol. Este tipo de información sólo puede ser divulgada de acuerdo con leyes más estrictas.



North Los Angeles County Regional Center

9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA 91311 - (818) 778-1900

25360 Magic Mountain Parkway, Suite 150, Santa Clarita, CA 91355 - (661) 775-8450

43210 Gingham Avenue, Lancaster, CA, 93535 - (661) 945-6761

Sus Derechos Respecto A La Información De Salud Protegida Incluyen:

El Derecho a Inspeccionar y Sacar Copias de sus Expedientes Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, e inspeccionar y sacar copias de su PHI en áreas designadas. Si nosotros negamos una petición, le haremos saber por escrito dándole las razones y usted tiene el derecho de que nuestra decisión sea revisada.

El Derecho de Solicitar Cambios/ Alteraciones a sus Expedientes Si usted cree que su PHI es incorrecto o está incompleto, usted tiene el derecho de pedir, por escrito, que nosotros lo corrijamos, explicando por qué nosotros deberíamos hacer las correcciones o añadir alguna información. Si nosotros negamos su petición, lo haremos por escrito dándole las razones y usted puede someter un documento de desacuerdo.

El Derecho a Solicitar Restricciones Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, una restricción o limitación de nuestro uso o divulgación de su PHI. Usted podría solicitar que su PHI no sea compartido con otras personas o entidades, como un familiar o un amigo(a). Sin embargo, por ley, nosotros no tenemos que estar de acuerdo con su petición.

El Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales Usted tiene el derecho a solicitar, por escrito, que nosotros nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, nos podría pedir que nosotros nos comuniquemos con usted solamente en su trabajo o por correo. Cuando nosotros podamos de forma razonable o legal consideraremos su petición, lo haremos.

El Derecho a la Contabilidad de las Divulgaciones Usted tiene el derecho de solicitar, por escrito, una contabilidad de las divulgaciones de su PHI hasta un periodo de seis años anteriores a la petición, pero no para divulgaciones hechas antes del 14 de abril del 2003. Una contabilidad de divulgaciones no incluye aquellas hechas para aprobar un tratamiento, procedimientos de cuidados de salud, pago, notificación general, agencias policiales, seguridad nacional, penitenciarias y según sea estipulado por ley. Además, una contabilidad no incluye divulgaciones por las cuales el Centro Regional haya obtenido o tenga una autorización firmada, divulgaciones a usted, a su proveedor de cuidados, o a personas que lo representen.

Derecho a tener una copia de este Aviso en papel Usted tiene derecho a recibir una copia de este Aviso en papel cuando la solicite y en cualquier momento. Se pueden bajar copias del sitio www.nlacrc.org, obtener en la recepción de cualquiera de nuestras oficinas o por medio del administrador del caso.

CAMBIOS A ESTE AVISO Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre y cuando los cambios sean consistentes con las leyes estatales y federales. Cualquier aviso revisado aplicará al PHI que tengamos actualmente de usted en el momento del cambio y a cualquier PHI creado o recibido después que los cambios entren en vigor. Una copia del actual Aviso estará disponible en todas las oficinas de NLACRC en un lugar accesible y notable. De hacer algún cambio a nuestro Aviso, usted puede obtener una copia del Aviso actual en el sitio web del NLACRC, en la recepción o con su administrador del caso.

PREGUNTAS/QUEJAS Si usted tiene preguntas con respecto a este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, o si usted está escribiendo sobre su PHI, incluyendo peticiones de restricciones de uso o divulgación, o para hacer una queja sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor escriba a NLACRC, Attn: HIPAA Privacy Officer, 9200 Oakdale Avenue, Suite 100, Chatsworth, CA, 91311, teléfono (818) 778-1900. Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, también puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Usted no será penalizado por haber hecho una queja.

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿quiere solicitar su inscripción para votar hoy aquí?
(Marque uno)

- Ya estoy inscrito. Estoy inscrito para votar en mi dirección residencial actual.
- Sí. Me quiero inscribir para votar. (Llene la tarjeta adjunta de inscripción para votar.)
- No. No me quiero inscribir para votar.

NOTA: SI NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. PUEDE LLEVAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA VOTAR ADJUNTO E INSCRIBIRSE CUANDO LE SEA CONVENIENTE.

Nombre del solicitante

Fecha

Avisos importantes

1. Si solicita su inscripción para votar, o decide no hacerlo, ello **no** afectará la cantidad de ayuda provista por esta agencia.
2. Si necesita ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción para votar, lo ayudaremos a hacerlo. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es sólo suya. Puede llenar el formulario de solicitud en privado.
3. Si cree que alguien interfirió con su derecho a inscribirse para votar, o a no inscribirse, su derecho a privacidad para decidir si se inscribe o solicita inscribirse para votar, o su derecho a elegir el partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Secretario de Estado llamando sin cargo al (800) 232-VOTA (8682), o escribiendo a: Secretary of State, 1500 - 11th Street, Sacramento, CA, 95814. Para obtener más información sobre las elecciones y la votación, visite el sitio web del Secretario de Estado en www.sos.ca.gov.