



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
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (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 (Sexo asignado al nacer)	Género Preferido	Estado Civil
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Idioma Preferido	Etnicidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Si el nombre del solicitante ha cambiado, favor de indicar el nombre previo:

Dirección:

¿Con quién vive el/la solicitante? _____

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de Teléfono Principal	Número de Teléfono Alterno	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 Alterno	Correo Electrónico
<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	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿El solicitante ha recibido previamente una evaluación o servicio en otro Centro Regional? Sí No

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

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

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Información del Padre/Madre 1:

Relación con el/la solicitante: _____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Idioma

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono

Nombre del Empleador	Título / Ocupación

Discapacitado Sí No Fallecido Sí No

Estado Civil Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

Información del Padre/Madre 2:

Relación con el/la solicitante: _____

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Idioma

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono

Nombre del Empleador	Título / Ocupación

Discapacitado Sí No Fallecido Sí No

Estado Civil Casado Divorciado Separado Soltero Viudo

Por favor complete todo el formulario y envíelo por fax al Departamento de Admisión al (818) 756-6170 o por correo electrónico a Earlstartintake@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

43850 10th Street West, 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. Solocitantes de la edad 3-4 que no cumplen con una discapacidad intelectual pueden ser considerados para el Programa de Elegibilidad Provisional.

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

Favor de describir por qué el solicitante está haciendo solicitud para los servicios del Centro Regional:

1. Discapacidad Intelectual

¿Se sospecha ó ha sido diagnosticado el solicitante con una discapacidad intelectual? _____

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

Favor de describir 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 ó ha sido diagnosticado el solicitante con Trastorno Del Espectro Autista (Autismo)? _____

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

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

Describa las preocupaciones relacionadas con el lenguaje del solicitante:

Describa las preocupaciones acerca de la interacción social y 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
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

3. Parálisis Cerebral:

¿El solicitante ha sido diagnosticado por un profesional de salud con Parálisis Cerebral? _____

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

Favor de describir el tipo de parálisis cerebral y la forma en que el solicitante se ve afectado en su funcionamiento diario:

4. Epilepsia:

¿El solicitante ha sido diagnosticado por un médico o un neurólogo con Epilepsia? _____

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

Por favor indique qué medicamento(s) toma para la Epilepsia (Convulsiones):

Describe el tipo de convulsiones y cómo el solicitante se ve afectado en su funcionamiento diario:

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
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Historial Médico

Favor de describir cualquier diagnóstico médico o condiciones crónicas de salud:

Nombre del Médico: _____

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

Historial de Salud Mental

Favor de describir cualquier diagnóstico de salud mental (psiquiátrico):

Nombre del Médico: _____

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

3. Historial Escolar:

¿El solicitante está o ha estado en un programa de educación especial o ha tenido un IEP (Plan Individual de Educación)?

Sí

No

Información de Seguro

Medi-Cal

Nombre del Asegurado	Número de la Póliza de Seguro

IMPORTANTE: Favor de proveer una copia de la tarjeta del seguro del solicitante con su solicitud.

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

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (661) 945-6761

Médico / Información del Contacto Educativo para Solicitar Archivos

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.

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



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

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (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
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (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
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (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
43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (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

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (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 mejorías 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

43850 10th Street West, Lancaster, CA 93534 - (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.

Proceso de Resolución de Quejas Sobre los Derechos de los Consumidores

Los consumidores y sus familias tienen el derecho legal de someter una queja si sienten que sus derechos han sido vulnerados o denegados injustificadamente.

Por favor revise el documento adjunto de Proceso de Resolución de Quejas Sobre los Derechos de los Consumidores al entrar en el código electrónico:

<https://www.nlacrc.org/consumers-families/complaint-process>.

Para más información puede llamar al (818) 778-1900.

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 INSCRIPCIÓN 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.