

Autorización para Compartir Información Usando ServicePoint®

Para proporcionar vínculos más rápidos y más definitivos a los servicios necesarios, Lake County utiliza una base de datos llamada "ServicePoint ®." El sistema ServicePoint ® es un sistema de información compartido entre agencias en el condado de Lake que han firmado un acuerdo con Lake County y participan en ServicePoint® (las "Agencias Participantes").

¿A QUIEN SE DIVULGARÁ Y QUIEN RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN DE SERVICEPOINT®?:

- Empleados y personal de esta Agencia Participante
- Agencias que Participan en ServicePoint®. Una lista de Agencias Participantes estará disponible para usted a petición. Puede encontrar una lista actualizada con más frecuencia en www.lakecountyil.gov/1957/ServicePoint, que está sujeta a cambios. También puede obtener una lista más actual solicitando una copia de esta Agencia Participante.
- El Administrador de ServicePoint® de Lake County tiene acceso a la información con el fin de mantenimiento de la base de datos

INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE COMPARTIRÁ A TRAVES DE SERVICEPOINT®:

Al firmar este documento, usted entiende que la siguiente información (la "Información de Salud Protegida") puede ser usada o divulgada por y entre las Agencias Participantes:

- Nombre
- Número de seguro social
- Información demográfica
- Información de contacto
- Información de contacto en caso de emergencia
- Información de contacto de coordinador o administrador de servicios
- Información de empleo y educación
- Historia residencial y sin hogar
- Información de ingreso, empleo, y beneficios
- Seguro médico y proveedor de servicios médicos
- Información sobre referencias de servicios
- Información sobre participación en agencias de ServicePoint incluyendo fechas de entrada y salida
- Información básica sobre la identificación de otros miembros del hogar

Su información puede ser compartida por y entre Agencias Participantes para facilitar los servicios que le proveemos y para mejor servir sus necesidades.

- Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento escribiéndole a la Agencia Participante que le provee el servicio.
- Usted entiende que su revocación no es efectiva en la medida en que Lake County y/o la Agencia Participante hayan confiado en esta autorización para almacenar, usar o divulgar su Información de Salud Protegida.
- Si revoca este consentimiento, no se ingresará ni utilizará y/o divulgará más información de salud protegida con las agencias participantes a través de ServicePoint®.
- No condicionaremos ningún servicio, tratamiento, o pago alguno sobre si usted firma esta autorización.
- Usted acepta discutir cualquier pregunta y/o inquietud con la Agencia Participante y que se le proporcionara una copia firmada de esta autorización.
- Usted comprende que la información divulgada conforme a esta autorización puede volver a divulgarse y puede que ya no esté protegida por la ley estatal o federal aplicable.

He leído y entiendo el material anterior y doy mi consentimiento para que Lake County y las Agencias Participantes usen, divulguen, ingresen, transmitan y compartan la Información de Salud Protegida para mi o mi hijo(s)/ pupilo(s)/ dependiente(s) identificado(s) a continuación utilizando ServicePoint® y, si tengo entre 13 y 17 años, para compartir Información de Salud Protegida con mis padres o tutores.

Cliente/Padre/Guardián (Firma) Fecha

Nombre en Letra Imprenta

Dirección

Cuidad Estado Código Postal

Hijo(s)/ Pupilo(s)/ Dependiente(s)

Firma de Empleado Fecha

Nombre en Letra Imprenta

Titulo/Agencia

Esta Autorización expira _____, 20__.

Hijo/Dependiente Edad 13-17 (Firma)