Formulario para obtener información
Programa Meals on Wheels/Programa de Comidas Médicamente Personalizadas The Health Trust

Autorización del cliente para divulgar información

Yo, _____, por la presente autorizo la divulgación de mi información personal a Loaves and Fishes u otra agencia que brindará servicios para el programa Meals on Wheels (MOW) o Medically Tailored Meals (MTM) en Health Trust.

Entiendo que el fin de esta divulgación es facilitar la transición de la administración del programa y garantizar la continuidad de los servicios que se me brindan como participante del programa Meals on Wheels o Programa de Comidas Médicamente Personalizadas . La información que se compartirá puede incluir, entre otras cosas:

- Información personal de identificación (por ejemplo, nombre, dirección, información de contacto)
- Preferencias y restricciones alimentarias
- Historia clínica o información relacionada con la salud pertinente para la planificación y el reparto de comidas
- Cualquier otra información que se considere necesaria para la prestación de servicios de la nueva agencia administrativa

Reconozco que compartir mi información es voluntaria y tengo derecho a rechazar o revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si me niego a firmar o revoco este documento, mis servicios terminarían después del 28 de junio de 2024.

Entiendo que la información compartida se gestionará según las leyes y normas locales de privacidad, y que se tomarán las medidas apropiadas para garantizar la confidencialidad y seguridad de mi información personal.

Esta autorización estará vigente hasta que finalice el proceso de transición o hasta que presente un aviso de revocación por escrito.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido los términos de esta divulgación de información y doy mi consentimiento voluntario para que se divulgue mi información según se describe en este documento.

_____ _____
Firma del cliente Fecha

Imprimir el nombre del cliente: _____

_____ _____
Firma del padre/madre/tutor/encargado (si corresponde) Fecha

Nombre en letra de imprenta: _____

Indique la relación:
- ☐ Padre, madre o tutor del cliente/paciente menor de edad
- ☐ Tutor/encargado de un cliente/paciente no competente
- ☐ Beneficiario/representante personal del cliente/paciente fallecido