



Berks County

Area Agency on Aging

Building Partnerships
Strengthening Communities
Enhancing Quality of Life

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN

NOMBRE DEL CONSUMIDOR: _____

IDENTIFICACIÓN DE WELLSKY _____ FECHA DE CUMPLEAÑOS _____

Por la presente, autorizo a la Agencia de el Envejecimiento del Área del Condado de Berks a obtener/o divulgar información relacionada con mi evaluación médica, psicológica o psiquiátrica, circunstancias financieras y estado de seguridad social de aquellas agencias de las que deseo recibir servicios o beneficios.

Se entiende que solo se suministrará la información necesaria, y esta información será tratada de forma confidencial.

_____ Me han proporcionado un enlace o copias de los siguientes formularios que se pueden encontrar en www.berksaging.org;

- Aviso de Prácticas de Privacidad del Condado de Berks
- Aviso de Organización de Información de Salud del Condado de Berks e información de exclusión voluntaria

Firma del Consumidor: _____ Fecha: _____

OR

Representative: _____ Fecha: _____

(si es aplicable)

Relación con el Consumidor: _____

NOTA: Cualquier fotocopia de este documento tendrá la misma fuerza y efecto que el original