



Berks County

# Area Agency on Aging

Building Partnerships  
Strengthening Communities  
Enhancing Quality of Life

## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PARA OPCIONES Y PROGRAMA DE APOYO PARA CUIDADORES

NOMBRE DEL CONSUMIDOR: \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DE WELLSKY \_\_\_\_\_

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 o 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.

\_\_\_\_\_ Se me ha proporcionado un enlace o copias de los siguientes formularios que se pueden encontrar en [www.berksaging.org](http://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

\_\_\_\_\_ Me han proporcionado un enlace o una copia de las prácticas de privacidad de Tower Health at Home que se pueden encontrar en <https://towerhealth.org/Notice-of-Privacy-Practices>

\_\_\_\_\_ Se me ha informado y se me ha proporcionado una copia de los Avisos y descargos de responsabilidad de la BCAA.

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**