

Consentimiento para uso y divulgación de información personal y de salud

Al firmar este documento usted acepta que usemos y divulguemos información protegida personal y de salud proporcionada por usted para llevar a cabo el mejor trabajo con y el cuido de nuestra matrícula, niñas/jóvenes y adultos.

Notificación de Política de Privacidad: Usted tiene derecho a leer nuestra Política de Privacidad antes de decidir firmar este documento. Una copia de esta notificación acompaña este documento o estará disponible con su Especialista de Matrícula y Mercadeo o en nuestras oficinas en Santurce.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad, según se menciona en la Notificación de Prácticas de Privacidad. Si revisáramos nuestras prácticas de privacidad, la notificación de los cambios estará disponible para usted. Estos cambios pueden ser aplicados a cualquier información de salud y/o personal que nosotros podamos mantener.

Derecho a revocar: Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento, escribiéndonos una carta dirigida a la Directora Ejecutiva. La revocación de este consentimiento, no afectará cualquier acción ya tomada por nosotros antes de recibir su dicha revocación. Además, nosotros podríamos negarnos a brindarle servicios si usted revoca este consentimiento.

AUTORIZACIÓN

Yo,	, he tenido la oportunidad de leer y considerar el
contenido de este documento de	Consentimiento y la Notificación de la Práctica de Privacidad.
Autorizo al Caribe Girl Scouts Cou	ıncil a divulgar información referente a mi persona y/o mi hija
que in	cluya:
Nombre, dirección, teléfono, edad, condiciones médicas, tratamientos recibidos, medicamentos y otros	
Esta autorización tendrá vigencia hacer cambios más adelante.	desde hoy. Me reservo el derecho a revocar la misma o de
Nombre voluntario	Firma voluntario
Nombre de la niña/joven	Firma padre o encargado
	