

## Organización Comunitaria (CBO) Consentimiento para asistencia integral de COVID-19

Información de la Organización Comunitaria (CBO)		
Nombre de la CBO:	Nombre del empleado(a) de la CBO:	
Información de la persona que solicita los servicios		
Nombre (primero, segundo, apellido)	Fecha de nacimiento:	Nº de teléfono:
Dirección:	Fecha de la solicitud de servicios:	
Información del caso conocido de COVID-19		
<i>Dé toda la información que pueda sobre la persona que se sabe que expuso al solicitante a la COVID-19.</i>		
Nombre (primero, segundo, apellido)	Fecha de nacimiento:	Nº de teléfono:
Dirección:	Condado de residencia:	

**PERSONA QUE SOLICITA SERVICIOS:** acepto que la Organización Comunitaria (CBO) y su empleado antes mencionado vean y usen mi información personal para ayudarme a recibir apoyos integrales a corto plazo durante mi período de aislamiento y cuarentena por COVID-19. Permito que la CBO antes mencionada comparta mi información con el Departamento de Salud Pública Local (LPHA) de este condado. La CBO y la LPHA deben proteger y mantener privada cualquier información firmada.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

For CBO/LPHA administrative use:	
CBO approval:	Date:
LPHA approval:	Date:
CBO denial:	Date:
LPHA denial:	Date:

**Accesibilidad a los documentos:** Para las personas con discapacidades o las personas que hablan un idioma que no es inglés, la OHA puede proporcionar información en formatos alternativos, como traducciones, información en letra grande o en braille. Comuníquese con el Centro de Información de Salud al 1-971-673-2411, TTY 711, o envíe un correo electrónico a [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us).