



**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**  
NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
HEALTH PROMOTION & CHRONIC DISEASE PREVENTION  
SFN 54044 (9-2023)

Autorizo a mi(s) prestador(es) de atención médica y a *Women's Way* a divulgar información sobre mis exámenes de mamas, mamografías, exámenes pélvicos, pruebas de Papanicolaou, y cualquier otra atención relacionada cubierta por el programa, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Dakota del Norte y al Programa Nacional de Detección Temprana de Cáncer de Mamas y Cuello Uterino, administrado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). El propósito de la divulgación es medir la incidencia de cánceres de mama y de cuello uterino y las tasas de cáncer entre las mujeres. Como parte de mi participación en *Women's Way*, acepto divulgar mi número de seguro social para que la información sobre mi persona se mantenga con precisión, incluso si, por ejemplo, otro cliente tiene el mismo nombre que yo. Una ley federal publicada en la sección 42 de Código de los Estados Unidos 405(c)(2)(C)(i) permite que *Women's Way* exija y use mi número de seguro social para la identificación de sus clientes. Esta información y cualquier información que proporcione permanecerá confidencial. La información puede ser utilizada por *Women's Way* para la gestión de datos y la investigación para cumplir con los propósitos del Programa *Women's Way*. Los informes y estudios publicados que resulten de *Women's Way* no me identificarán por nombre o número de seguro social.

Entiendo que *Women's Way* puede ocasionalmente enviarme información sobre reinscripción, recordatorios sobre pruebas de detección, eventos de detección u otros programas de salud pública. Entiendo que la información divulgada bajo esta autorización puede ser divulgada por *Women's Way* y puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal. Si se divulga mi información, se eliminará toda la información directamente identificable, como mi nombre, dirección, número de teléfono y número de seguro social.

Entiendo que mi participación en *Women's Way* es voluntaria y que puedo retirarme del programa y cancelar mi autorización enviando un aviso por escrito a la oficina de *Women's Way* donde estoy actualmente inscrita. Entiendo que esta autorización es válida mientras participe en el programa *Women's Way*.

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Firma	Fecha



**AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION**  
NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES  
HEALTH PROMOTION & CHRONIC DISEASE PREVENTION  
SFN 54044 (9-2023)

I authorize my health care provider(s) and *Women's Way* to disclose information about my breast exams, mammograms, pelvic exams, Pap tests and any other related care covered by the program to the North Dakota Department of Health and the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, administered by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The purpose of the disclosure is to measure the occurrence of breast and cervical cancers and cancer rates among women. As part of my participation in *Women's Way*, I agree to disclose my social security number so that information about me will be accurately maintained, even if, for example, another client has the same name as I do. A Federal law published in 42 United States Code sec. 405(c)(2)(C)(i) permits *Women's Way* to require and use my social security number for the identification of its clients. This information and any information I provide will remain confidential. The information may be used by *Women's Way* for data management and research to meet the purposes of the *Women's Way* Program. Any published reports and studies which result from *Women's Way* will not identify me by name or social security number.

I understand that *Women's Way* may occasionally send information to me about re-enrolling, reminders about screening, screening events or other public health programs. I understand that information disclosed under this authorization may be further disclosed by *Women's Way* and may no longer be protected by Federal or State law. If information is disclosed, all directly identifiable information such as name, address, telephone number and social security number is removed.

I understand that my participation in *Women's Way* is voluntary and that I may withdraw from the program and cancel my authorization by sending written notice to the *Women's Way* office where I am currently enrolled. I understand this authorization is valid for as long as I participate in the *Women's Way* program.

Name (Last, First, Middle Initial)	Date of Birth (MM/DD/YYYY)
Signature	Date