



# Autorización para divulgar, compartir y usar información personal

El propósito de este formulario es referir, coordinar y supervisar sus servicios con los proveedores, según se detalla a continuación.

Apellido legal de la persona:	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:	Fecha de nacimiento:
Otros nombres que la persona usa:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		
Tipo de identificación: Elegir una opción			
Apellido legal del representante (de haberlo):	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:	
Relación con la persona:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Dirección de correo electrónico:		

Al firmar este formulario, autorizo al portador de registros mencionado a que divulgue la siguiente información confidencial específica sobre mí. Donde se marque "intercambio mutuo", las agencias mencionadas podrán intercambiar información para brindarme mejores servicios.

AGENCIA, EMPRESA, ORGANIZACIÓN O PERSONA QUE SOLICITA	
Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso solicitados: Apoyo y recursos para familias, colaboración y asistencia	
Nombre de la entidad: Distrito Escolar 4j	
Fecha de los registros: Últimos 24 meses	
Persona de contacto: Allan Chinn	Dirección: 200 Monroe St
Ciudad, estado y código postal: Eugene OR 97402	
Número de teléfono: 541-790-4900	Dirección de correo electrónico: (chinn@4j.lane.edu)
Fecha o evento de vencimiento <sup>†</sup> : en un año	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Está solicitando que se divulgue información médica especial? <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Información especialmente protegida:</b> (Es posible que rijan otras leyes relativas al uso y a la divulgación si la información que se divulgue contiene alguno de los tipos de expedientes o información que aparecen en este cuadro. Comprendo que esta información no se divulgará, a menos que yo o mi representante, <b>incluir aquí las iniciales en el espacio junto a la información que aparece a continuación.</b> )	
HIV/AIDS: _____	Salud mental: _____
Diagnóstico, tratamiento, remisiones por el consumo de drogas/alcohol: _____	Análisis genéticos: _____
¿Existe información específica que no debe divulgarse? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	

AGENCIAS, EMPRESAS, ORGANIZACIONES O PERSONAS QUE DIVULGAN
Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso solicitados: Apoyo y recursos para familias, colaboración y asistencia
Nombre de la entidad: 4J; Depart. de Servicios Humanos- prog. de autosuficiencia & programade bienestar infantil

Fecha de los registros: Últimos 24 meses	
Persona de contacto: Terra Ralph	Dirección: 2885 Chad Drive
Ciudad, estado y código postal: Eugene OR 97408	
Número de teléfono: 541-684-2580	Dirección de correo electrónico: terra.l.ralph@dhsoha.state.or.us
Fecha o evento de vencimiento†: en un año	Intercambio mutuo: <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Existe información específica que <b>no</b> debe divulgarse? <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	

### RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas sobre este formulario y lo que hace.
- Comprendo lo que significa este formulario y apruebo que se divulgue la información que aquí se menciona.
- Comprendo que las leyes federales y estatales protegen la información sobre los servicios que recibo de las agencias, empresas, organizaciones y personas indicadas.
- Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario.†
- Comprendo que puedo anular (*cancelar*) esta autorización en cualquier momento y que dicha anulación (*cancelación*) no incluirá ninguna información que ya se haya divulgado. Yo u otra persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre debemos enviar la solicitud de cancelación por escrito, a menos que se trate de información sobre el uso de alcohol o drogas. Se aceptará una notificación oral o escrita de la cancelación de autorización para información sobre el uso de alcohol y drogas. Todas las solicitudes de cancelación deben realizarse ante la agencia, la empresa, la organización o la persona que solicita.
- Comprendo que las leyes federales o estatales prohíben que se vuelva a divulgar información sobre VIH y SIDA, salud mental, diagnósticos de uso de alcohol y drogas, registros de tratamiento, información de referencias o registros de rehabilitación vocacional sin mi autorización o la de otra persona autorizada legalmente a actuar en mi nombre.
- Comprendo que la información que no esté sujeta a restricciones sobre una nueva divulgación, según se especifica arriba, puede estar sujeta a una nueva divulgación, y la información que esté sujeta a una nueva divulgación puede dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales.
- Comprendo que es posible que alguien tenga que comunicarse conmigo con respecto a este formulario para confirmar mi identidad o para recopilar información adicional.
- **Estoy firmando esta autorización por mi propia voluntad.**

Firma de la persona o de otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre de la persona:

Nombre con letra imprenta:

Fecha:

*Si otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre de la persona firma el formulario de autorización, se debe presentar evidencia o documentación de la autoridad para actuar en nombre de la persona.*

### PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA, EMPRESA, ORGANIZACIÓN O PERSONA QUE DIVULGA

Nombre y ubicación de la persona, agencia, empresa u organización que divulga:

Nombre del miembro del personal (*en letra de imprenta*):

Firma del miembro del personal:

Fecha:

### Información requerida para la persona — Por favor, lea

La decisión de no firmar este formulario podría:

- Impedir que las agencias decidan si usted es elegible para determinados programas.
- Impedir que usted obtenga remisiones y dificultar más la coordinación de los servicios con los proveedores.
- Afectar su capacidad para recibir servicios si el propósito de este formulario es compartir la información necesaria para sus servicios médicos.
- Impedir que el Plan de Salud de Oregon o Medicaid paguen un servicio porque no tienen autorización.

## **Declaración de seguridad**

Este formulario podría contener su información personal. Si usted envía este formulario por correo electrónico, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguien a quien no estaba dirigido. Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar el correo postal o fax.

† *Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha de la firma, a menos que se indique lo contrario.*

‡ *Si tiene preguntas o desea obtener ayuda para completar este formulario, comuníquese con las agencias con las que está trabajando::*

- *Autoridad de Salud de Oregon: 503-947-2340*
- *Departamento de Servicios Humanos de Oregon: 503-945-5600*
- *Departamento de Empleo de Oregon: 800-237-3710*
- *Departamento de Educación de Oregon: 503-947-5600*
- *Vivienda y Servicios Comunitarios de Oregon: 503-986-2000*
- *Departamento de Justicia de Oregon: 503-378-4400*
- *Departamento de Correccionales de Oregon: 503-945-9090*
- *Correccional Juvenil de Oregon: 503-373-7205*
- *Policía Estatal de Oregon: 503-378-3720*

## Instrucciones por sección

Cuando se envíe el formulario, no es necesario incluir estas páginas de instrucción.

<b>Crear plantillas preestablecidas</b>	
<p>Para ahorrar tiempo, puede preestablecer la cantidad y el tipo de secciones y llenar automáticamente la información de su organización, y, luego, guardar las versiones de la plantilla de este formulario para una rápida impresión. Use el campo "Plantilla" no imprimible en la esquina superior derecha del formulario para nombrar la plantilla para futuras consultas.</p>	
<b>Secciones AGENCIA, NEGOCIO, ORGANIZACIÓN O PERSONA QUE SOLICITA y QUE DIVULGA</b>	
Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso solicitados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporcione los motivos específicos por los que es necesario divulgar, compartir y usar información.</li> <li>La entidad que solicita puede incluir como propósito la frase "según solicitud de la persona" cuando la persona inicia la autorización y decide no proporcionar un motivo en este campo.</li> </ul>
Nombre de la entidad ( <i>lista desplegable</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elija una entidad en la lista desplegable.</li> <li>Si la entidad no se menciona, elija "Otra (escriba aquí):" y escriba el nombre de la entidad. El nombre de la entidad debe ser específico. Por ejemplo, escribir "médico" o "proveedor de servicios" no está correcto. Por favor, escriba el nombre del proveedor médico o de servicios. Cuando se trate de una persona u otro tipo de organización, como una escuela o empleador, escriba el nombre de la persona o del otro tipo de organización.</li> </ul>
Información específica que se divulgará ( <i>aparece después de seleccionar una entidad</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elija un tipo de documento en la lista desplegable.</li> <li>Si el tipo de información no se menciona, elija "Otra (escriba aquí):" y escriba el tipo de información. Algunos ejemplos de información específica son evaluaciones, planes de tratamiento, resultados de análisis de orina, reportes psicológicos, información financiera, planes de caso y resúmenes de facturaciones de Medicaid.</li> <li>No indique "registro completo", a menos que sea necesario para lograr el propósito (<i>vea "Propósito de la divulgación, el intercambio y el uso solicitados" arriba</i>).</li> <li>Use los botones para agregar o eliminar los tipos adicionales de información solicitada, de ser necesario.</li> </ul>
Fecha de los registros	Indique el intervalo de fechas específico para los registros solicitados.
Fecha o evento de vencimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta autorización tiene un año de validez a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique una fecha o un evento de vencimiento, como "alta hospitalaria" o "fin del litigio".</li> </ul>
Intercambio mutuo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un "Sí" permite que se intercambie la información específica mencionada en el formulario entre el portador de los registros y las personas o los programas mencionados en esta autorización. El intercambio mutuo abre todos los registros solicitados para ser analizados entre quien solicita los registros y los portadores de registros especificados.</li> </ul>
¿Está solicitando que se divulgue información médica especial?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elegir "Sí" mostrará una sección donde se pueden especificar tipos especiales de información médica.</li> <li>Marcar el espacio que aparece junto al tipo de información médica no es suficiente; si la persona está de acuerdo con que la información sea divulgada, debe escribir las iniciales en el espacio que aparece junto a la información.</li> <li>Si necesita que esta sesión esté visible en una copia impresa, asegúrese de elegir "Sí" antes de imprimir.</li> </ul>

¿Existe información específica que <b>no</b> debe divulgarse?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elegir “Sí” mostrará un cuadro de texto donde se puede mencionar información específica.</li> <li>• Si <b>no</b> debe incluirse información específica cuando se divulguen los registros, méncionelo aquí.</li> <li>• Si necesita que esta sesión esté visible en una copia impresa, asegúrese de elegir “Sí” antes de imprimir.</li> </ul>
Segunda divulgación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La segunda divulgación ocurre cuando la persona o entidad que recibe la información vuelve a divulgarla.</li> <li>• Pueden existir restricciones sobre la segunda divulgación de información liberada a través de este formulario.</li> <li>• Las leyes federales y estatales prohíben que se vuelva a divulgar información sobre el uso de alcohol y drogas y el VIH/SIDA sin autorización específica.</li> </ul>
Agregar otras entidades que solicitan y que divulgan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se necesitan varias entidades que solicitan o que divulgan, use los botones AGREGAR o ELIMINAR para agregar o eliminar más secciones “Agencias, empresas, organizaciones o personas que divulgan” antes de imprimir el formulario.</li> </ul>

### Sección RECONOCIMIENTO DEL CLIENTE

Firma de la persona o de otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre de la persona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La persona u otra persona autorizada legalmente a actuar en nombre de la persona nunca debe firmar un formulario de autorización en blanco o incompleto.</li> </ul>
--	--

### Sección PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA, EMPRESA, ORGANIZACIÓN O PERSONA QUE DIVULGA

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La entidad conservará una copia del formulario de autorización completo, en formato electrónico o impreso, según los cronogramas de conservación de la agencia.</li> <li>• Si los formularios de autorización completos se guardan en formato electrónico, se implementará un proceso para la anulación (<i>cancelación</i>). Si una autorización firmada se anula (<i>cancela</i>) posteriormente, dicha anulación debe especificarse electrónicamente.</li> <li>• No use etiquetas en el formulario de autorización.</li> <li>• Si se completa de forma adecuada, el formulario puede servir por sí mismo para procesar una divulgación solicitada.</li> </ul>
---