



## Autorización para el uso y la divulgación de información

*Este formulario está disponible en formatos alternativos, como Braille, disco de computadora y presentación oral.*

Apellido legal del cliente/solicitante	Nombre de pila	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Otros nombres utilizados por el cliente/solicitante			ID del caso n.º n/d

**Al firmar este formulario, autorizo al siguiente titular de registro a revelar la siguiente información confidencial específica sobre mí:**

	Autorización de UN titular de registro (individuo, escuela, empleador, agencia, proveedor médico u otro proveedor)	Información específica que se divulgará	Intercambio mutuo: Sí / No
S e c i ó n A	Distrito Escolar de Bethel		Sí
<p>Si la información contiene cualquiera de los tipos de registros o información que se enumeran a continuación, pueden aplicarse leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación. Entiendo que esta información no será divulgada a menos que coloque mis iniciales en el espacio junto a la información:</p> <p><b>VIH/SIDA:</b> _____ <b>Salud mental:</b> _____</p> <p><b>Diagnósticos de alcohol/drogas, tratamiento, remisión:</b> _____ <b>Pruebas genéticas:</b> _____</p>			

	Entregar a (dirección requerida si se envía por correo) Si entrega a un equipo, enumere a los miembros.	Propósito	Fecha de vencimiento o evento*
S e c i ó n	Equipo de apoyo familiar: Distrito Escolar de Bethel,	Apoyo familiar, recursos y asistencia	
	Departamento de Servicios Humanos- Programa de autosuficiencia y Programa de		
	Departamento de Servicios para la Juventud,		
	Apoyo familiar y conexiones (Servicios católicos comunitarios)		

**B** \* Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. La cancelación no afectará ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que las leyes estatales y federales protegen la información sobre mi caso. Comprendo la finalidad del presente acuerdo y apruebo la divulgación de la información mencionada. Firmo esta autorización por mi propia voluntad.

Entiendo que la información utilizada y divulgada como se indica en esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación, en cuyo caso ya no está protegida por la ley federal o estatal. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe volver a divulgar información sobre VIH/SIDA, salud mental y diagnóstico de drogas/alcohol, tratamiento, registros de rehabilitación vocacional o información de derivación, sin autorización específica.

<b>S e c i ó n C</b>	<b>Firma legal completa de un representante personal individual o autorizado.</b>		<b>Relación con el cliente</b>	<b>Fecha</b>
	<b>Nombre de la persona del personal (en letra de imprenta)</b>	<b>Nombre/ubicación de la agencia iniciadora</b>		<b>Fecha</b>
	<b>Firma legal completa de la persona de la agencia que hace las copias</b>			<b>Esto es copia fiel del original Documento de autorización.</b>
	<b>Nombre del empleado en letra impresa</b>			

## Información requerida para el cliente

**Para proporcionar o pagar por servicios de salud:** Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) actúa como **proveedor** de sus servicios de atención médica o paga por esos servicios bajo el Plan de Salud de Oregón o el Programa Medicaid, usted puede optar por no firmar este formulario. Esa elección **no** afectará adversamente su capacidad de recibir servicios de salud, *a menos que* los servicios de atención médica tengan únicamente el propósito de proporcionar información de salud a otra persona y la autorización sea necesaria para hacer esa revelación. (Ejemplos de esto serían exámenes, pruebas o evaluaciones). Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradoras privadas u otras agencias no gubernamentales.

Esta autorización para el uso y divulgación de información **también puede ser necesaria** en las siguientes situaciones:

- Para determinar si usted es elegible para inscribirse en algunos programas médicos que pagan por su atención médica
- Para determinar si usted califica para otro programa o servicio del DHS que no actúe como proveedor de atención médica

**Este es un Formulario voluntario.** El DHS no puede condicionar la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención médica financiados con fondos públicos a la firma de esta autorización, excepto como se describió anteriormente. Sin embargo, se le debe dar información precisa sobre cómo la negativa a autorizar la divulgación de información puede afectar negativamente la determinación de elegibilidad o la coordinación de los servicios. Si decide no firmar, es posible que se le remita a un servicio único que pueda ayudarle a usted y a su familia sin necesidad de intercambiar información.

---

### Uso de este formulario

1. **Términos usados: Intercambio mutuo:** Un “sí” permite que la información vaya y venga entre el titular del registro y las personas o programas enumerados en la autorización. **Equipo:** Una serie de individuos o agencias que trabajan juntos regularmente. Los miembros del equipo deben ser identificados en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un miembro del personal del DHS debe llenar este formulario con usted. **Asegúrese de entender el formulario antes de firmarlo.** Siéntase libre de hacer preguntas sobre el formulario y lo que permite. Usted puede sustituir una firma por una marca o pedirle a una persona **autorizada** que firme en su nombre.
3. **Tutela/custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como un tutor, se debe adjuntar a este formulario una copia de los documentos legales que verifican la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene la custodia, y su representante firma, su autoridad de custodia debe ser adjuntada a este formulario.
4. **Cancelación:** Si más tarde desea cancelar esta autorización, comuníquese con el personal del DHS. Usted puede eliminar a un miembro del equipo del formulario. Se le pedirá que presente la solicitud de cancelación por escrito.  
Excepción: Las regulaciones federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los Programas de Drogas y Alcohol. No se puede divulgar ni solicitar más información después de que se cancele la autorización. El DHS puede continuar utilizando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores:** Si usted es menor de edad, puede autorizar la divulgación de información sobre salud mental o abuso de sustancias si tiene 14 años de edad o más; para la divulgación de cualquier información sobre enfermedades de transmisión sexual o control de la natalidad independientemente de su edad; para la divulgación de información médica general si tiene 15 años de edad o más.

6. **Atención especial:** Para obtener información sobre **VIH/SIDA, salud mental, pruebas genéticas o tratamiento del abuso de alcohol o drogas**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se puede divulgar y el propósito.

**Redivulgación:** Las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) prohíben hacer cualquier divulgación adicional de información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe la divulgación adicional de información sobre VIH/SIDA, (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe la divulgación adicional de información sobre salud mental, tratamiento del abuso de sustancias, rehabilitación vocacional y tratamiento de discapacidad del desarrollo de los programas financiados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin una autorización escrita específica.