|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-02057S (08/2017) |  | **STATE OF WISCONSIN** |
| **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** **A UN CENTRO DE RECURSOS SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD (ADRC)****AGING AND DISABILITY RESOURCE CENTER (ADRC)****AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF CONFIDENTIAL INFORMATION** |
| **1.** | **Persona sobre la que se divulgará la información** |
| Nombre: apellido, nombre, inicial del segundo nombre | Teléfono |
|       |       |
| Dirección: Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Fecha de nacimiento | Número de identificación (si lo hay) | Correo electrónico |
|       |       |       |
| **2.** | **Divulgado por: Nombre de la agencia u organización**  |
| Nombre | Teléfono |
|       |       |
| Dirección: Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| **3.** | **Divulgado a: Nombre del ADRC** |
| Nombre | Teléfono |
|       |       |
| Dirección: Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| **4.** | **Intercambio bidireccional de información**Autorizo el intercambio de esta información entre las organizaciones designadas indicadas anteriormente. [ ]  Sí [ ]  No |
| **5.** | **Tipo de información y registros autorizados para su divulgación** |
| [ ]  Historias clínicas y diagnóstico o pronóstico[ ]  Medicamentos [ ]  Servicios de atención recibidos o plan de atención[ ]  Evaluación funcional de cuidados a largo plazo[ ]  Estados de cuenta bancarios o registros financieros[ ]  Registros escolares, incluida la información protegida por la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (Family Educational Rights and Privacy Act o “FERPA”) | [ ]  Expediente del especialista en beneficios [ ]  Toda la información mencionada anteriormente que el ADRC necesita para realizar sus funciones o coordinar sus servicios[ ]  Registros laborales o vocacionales[ ]  Otro:        |
| Entiendo que la información divulgada puede incluir registros de enfermedades mentales, abuso de alcohol o drogas, enfermedades relacionadas con el SIDA o el SIDA y discapacidades del desarrollo, a menos que indique a continuación que no quiere que se divulgue dicha información.No divulgue: [ ]  Abuso de alcohol o drogas [ ]  SIDA o relacionadas con el SIDA [ ]  Salud mental o discapacidades del desarrollo |
| **6.** | **Limitaciones de la información que se divulgará, si las hubiera.** |
| [ ]  Registros relacionados únicamente con las siguientes fechas: |       | al |       |
| [ ]  Registros relacionados únicamente con las siguientes condiciones o eventos: |
|       |
| **7.** | **Fechas de entrada en vigor** (Marque uno). Tenga en cuenta que si este artículo se deja en blanco, la autorización caducará en un (1) año a partir de la fecha de la firma. |
| [ ]  Esta autorización es válida hasta la siguiente fecha o evento: (dd/mm/aa) o evento (especificar):       |
| **8.** | **Propósito y uso de la información divulgada:** |
| Autorizo a la agencia u organización arriba mencionada a divulgar la información indicada arriba para ayudar a desempeñar sus funciones y/o coordinar mis servicios. Entiendo que el ADRC puede volver a divulgar la información que reciba de conformidad con esta autorización si es necesario para establecer mi cumplimiento de los requisitos para programas o beneficios o para coordinar mis servicios. Además, entiendo y acepto que si me mudo fuera de su área de servicio, el ADRC puede divulgar la información que reciba de conformidad con esta autorización a otro ADRC para coordinar la prestación de mis servicios. |
| **9.** | **FirmaCon**Consulte el reverso para obtener más información e instrucciones. De acuerdo con las condiciones indicadas anteriormente y por otro lado, autorizo el uso y/o divulgación de mi información confidencial. |
| **FIRMA** | Fecha de la firma |
|  |  |
| [ ]  Marque aquí si esta autorización está firmada por un tutor o representante legal en nombre de la persona y adjunte una copia de la documentación que respalde la representación e indique su relación con la persona sobre la que se va a divulgar la información. Relación con la persona:       Firma del testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la firma: Se firmará solo si la persona no puede firmar la autorización. |
| **Información adicional sobre la divulgación de información****No tiene la obligación de firmar**: No está obligado a firmar esta autorización. Salvo que lo permita la ley aplicable, la negativa a firmar no afectará el tratamiento, la inscripción ni el cumplimiento de los requisitos para los beneficios. Además, se le debe entregar una copia del formulario de autorización si la autorización se solicitó al ADRC. **Derecho a inspeccionar o copiar información usada o divulgada**: Tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia (por una tarifa razonable, si corresponde) de la información confidencial que ha autorizado a usar o divulgar mediante este formulario de autorización. **Revocación:** Puede revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación de revocación por escrito al ADRC que le proporciona servicios a la dirección que figura en el reverso de esta autorización. La revocación no se aplica a la información que se divulgó antes del aviso de revocación.**Volver a divulgar:** La información cuya divulgación autoriza sólo podrá ser divulgada por el destinatario de los registros si la ley lo permite. Si se vuelve a divulgar la información, el destinatario podría estar sujeto a leyes diferentes.**Instrucciones****Importante:** Lea todas las instrucciones e información antes de completar y firmar este formulario. No se aceptará un formulario incompleto. Siga las instrucciones cuidadosamente. Si tiene alguna pregunta sobre la divulgación de su información, comuníquese con su ADRC.Las siguientes son instrucciones para cada sección del formulario. Escriba a máquina o en letra de molde de la forma más clara y completa posible.1. **Información individual:** Incluya su nombre completo, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico (si corresponde).
2. **Agencia u organización autorizada para divulgar información:** Identifique a la persona u organización que compartirá su información con el ADRC (por ejemplo, su proveedor de atención médica, banco, escuela). Sea lo más específico posible. Proporcionar información sobre la ubicación puede ayudar a que su solicitud sea más clara.
3. **Tipo de registros autorizados para su divulgación:** Indique cuales registros le gustaría compartir con el ADRC. Utilice la línea "Otro" para proporcionar más información si es necesario.
4. **Limitaciones de la información que se divulgará:** Especifique si desea limitar la autorización a la información de los registros que cubren un período de tiempo específico o que se relacionan con una condición o evento en particular.
5. **Fechas de vigencia:** Marque la casilla que indica que la autorización caducará un año después de la firma o proporcione la fecha o evento en el que desea que caduque la autorización.
6. **Propósito y uso de la información divulgada:** Esta sección describe el propósito de la divulgación de su información y cómo se utilizará la información. Al firmar el formulario, usted acepta este uso de su información.
7. **Firme y feche este formulario.** Si usted es un representante legalmente autorizado de la persona sobre la que se va a divulgar información, firme, feche e indique su relación con esa persona. Adjunte documentación que demuestre que usted es el representante legalmente autorizado de la persona.
8. **Devuelva el formulario firmado al ADRC.** Por favor entregue o envíe este formulario por correo al en:
 |
| Dirección: |    |  |