DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES
F-82009S (07/08)

STATE OF WISCONSIN
Section 19.35 & 19.36, Wis. Stats.

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

GPS (09/2024)

La cumplimentación de este formulario autoriza la divulgación de la información descrita en la sección "Descripción específica de información para su divulgación."

Nombre	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de identificación (si lo hay)	Fecha de nacimiento

Nombre y dirección: **Agencia / Organización autorizada a revelar información**	**La información se puede divulgar a**
	Organización University of Wisconsin-Population Health Institute
	Dirección 610 Walnut Street
	Cuidad, Estado, Código Postal Madison, WI 53726
Descripción específica de la información que se divulgará Datos de la Government Performance and Results Modernization Act of 2010 (GPRA) recopilados a través de este programa.	**La información se puede divulgar a** Division of Care and Treatment Services
	Organización Wisconsin Department of Health Services
	Dirección 1 W. Wilson St.
	Ciudad, Estado, Código Postal Madison, WI 53703

Propósito o necesidad de la divulgación de información

Esta información se recopila como parte de las Subvenciones Estatales de Respuesta a los Opioides implementadas por el Department of Health Services (DHS) de Wisconsin con financiación de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). El UW Population Health Institute colabora con el DHS en este proyecto. La información recopilada a través de este programa proporcionará información clave sobre el impacto y el progreso del programa, y permitirá una evaluación general de estos esfuerzos programáticos. Este programa funcionará del **9/30/2024 al 9/29/2027** o hasta que finalice el proyecto. Los proveedores que ofrezcan servicios a través de este programa proporcionarán tratamientos y servicios basados en pruebas. Los servicios pueden incluir una gama de servicios relacionados con el uso de sustancias como, por ejemplo, tratamiento ambulatorio y residencial, uso de especialistas de apoyo a la recuperación entre pares, tratamiento asistido con medicación y naloxona, y otros servicios de apoyo a la recuperación.

Para el consentimiento verbal: Explicar verbalmente el estudio al posible sujeto de acuerdo con el protocolo de formación de GPRA, proporcionando toda la información pertinente (finalidad, procedimientos, riesgos, beneficios, alternativas a la participación, etc.), y dar al posible participante amplia oportunidad de hacer preguntas o expresar sus preocupaciones.

Acuerdos

- Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará al tratamiento, pago, inscripción o derecho a beneficios, salvo en los siguientes casos:
  ☒ sin excepciones ☐ excepciones (especifique):
- La información cuya divulgación autorizo sólo podrá ser divulgada de nuevo por el destinatario si así lo permite la ley. Si la información se divulga de nuevo, el destinatario de la información divulgada de nuevo puede estar sujeto a leyes diferentes.
- Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto por la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación escrita debe darse a la agencia u organización a la que autoricé a divulgar información.
- A menos que sea revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento indicada anteriormente.

Marque la casilla correspondiente

☐ La autorización vence a partir del_____ (Fecha).

☐ La autorización vence en _____ meses a partir de la fecha en que firmo esta autorización.

☒ La autorización vence una vez realizada la siguiente acción: Al concluir este proyecto.

Con mi firma, autorizo la divulgación de la información a la(s) persona(s) o agencia(s) especificadas anteriormente.

☐ El participante dio su consentimiento verbal. Nombre de la persona que recibe el consentimiento verbal:_____
Firma de la persona que recibe el consentimiento verbal _____
Fecha en que se recibió el consentimiento _____

FIRMA - Persona cuya información se divulgará		Fecha de la firma
FIRMA - Otra persona legalmente autorizada a consentir la divulgación	Título o relación	Fecha de la firma