|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES STATE OF WISCONSIN**  F-82009S (7/08) Sections 19.35 & 19.36, Wis. Stats. | | | | | | |
| AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (08/2020) W  Al completar este formulario se autoriza la divulgación de la información descrita en la sección que figura a continuación denominada "Descripción específica de los registros autorizados para su divulgación". La persona (sujeto del registro) cuyos registros se divulgan puede tener derecho a inspeccionar y, al pagar cualquier cuota aplicable, obtener una copia de los registros divulgados. Excepto en el caso de los registros relacionados con medicamentos/tratamiento somático, un director/persona designada en un centro de tratamiento de enfermedades mentales, discapacidad del desarrollo, abuso de alcohol o drogas puede negar ese derecho durante el tratamiento en algunas circunstancias. Section 51.30, Wis. Stats., DHS 92.03-92.06 Wis. Adm. Code. | | | Nombre – **Persona cuyos registros serán divulgados (sujeto del registro)** | | | |
| Diección | | | |
| Ciudad, Estado, Código postal | | | |
| Número de identificación (si lo hubiera) | | Fecha de nacimiento | |
| Nombre y dirección – **Agencia/organización que autorizo a divulgar información** | | | **La información puede ser divulgada a** | | | |
|  | | | Organización | | | |
|  | | | Diercción | | | |
|  | | | Ciudad, Estado, Código postal | | | |
| **Descripción específica de los registros autorizados para su divulgación** | | | **La información puede ser divulgada a** | | | |
| Organización | | | |
| Dirección | | | |
| Ciudad, Estado, Código postal | | | |
| **Propósito o necesidad de divulgación de información** | | | | | | |
| **Acuerdos** | | | | | | |
| * Esta autorización es voluntaria. La negativa a firmar no afectará a la elegibilidad para el tratamiento, el pago, la inscripción o los beneficios, excepto para:   No excepciones  Excepciones (espcifique):   * La información que autorizo que se divulgue puede volver a ser divulgada por el destinatario de los registros sólo si lo permite la ley. Si la información se vuelve a divulgar, el destinatario de la información que se vuelve a divulgar puede estar controlado por diferentes leyes. * Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en el caso de la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación por escrito debe entregarse a la agencia/organización que autoricé para divulgar la información. * A menos que sea revocada, esta autorización permanecerá en vigor hasta el momento de su expiración que se indica a continuación. | | | | | |
| **Elija una:** | | | | | |
|  | La autorización se vence el  (Fecha). | | | | |
|  | La autorización se vence en  mes(es) a partir de la fecha en que firmo esta autorización.. | | | | | |
|  | La autorización se vence después de cumplida la siguiente medida: | | | | | |
| **Como lo demuestra mi firma, por la presente autorizo la divulgación de los registros a la(s) persona(s) o agencia(s) especificada(s) anteriormente.** | | | | | | |
| **FIRMA** - Persona cuyos registros se divulgarán (sujeto del registro) | | | | Fecha de la firma | | |
|  | | | |  | | |
| **FIRMA** - Otra persona legalmente autorizada a consentir la divulgación | | Título o relación con el sujeto del registro | | Fecha de la firma | | |
|  | |  | |  | |