

Autorización para divulgar la información confidencial

Nombre: _____
(Nombre del cliente) (Fecha De Nacimiento)

Domicilio: _____
(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Yo autorizo que el aquí inscrito, proveedor de servicios de salud, abogado, consejero, escuela, etc.,

Brazos County Health Department

(Individuo, médico, hospital, clínica, abogado, consejero, escuela, etc.)

201 North Texas Ave, Bryan Tx 77803-5317

(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Que divulgue la siguiente información confidencial:

Sí () No () Información del desarrollo. Indique información específica:

Sí () No () El plan educacional. Indique información específica:

Sí () No () Información financiera. Indique información específica:

Sí () No () Información legal. Indique información específica:

Sí () No () Información médica. Indique información específica:

Sí () No () Información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Indique información específica:

Sí () No () Reportes psicológicos. Indique información específica:

Sí () No () Historial social. Indique información específica:

Sí () No () Otra información. Indique información específica:

al siguiente individuo:

(Nombre o posición del individuo, de la organización, si acaso representa a alguna)

(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

La información divulgada podría ser usada por el individuo o, por la organización que el individuo representa, para los propósitos siguientes:

Yo entiendo y acepto que: 1) yo podría revocar por escrito esta autorización poniéndome en contacto con la oficina o programa de DSHS que obtuvo la autorización; 2) esta autorización no afectará el tratamiento, pago, inscripción o, la elegibilidad para los beneficios y; 3) la información que se divulgue como resultado de esta autorización podría divulgarse nuevamente de acuerdo a la ley.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización se vencerá [fecha o evento] _____
(si acaso no se declara fecha o evento, expira al año de la fecha en que fue firmada.)

Esta forma () yo la leí () se me leyó y, entiendo y acepto su significado. Todas las líneas en blanco fueron llenadas, antes de que yo firmara esta forma.

Firma

(Escriba con letra de molde o con máquina de escribir el nombre de la persona autorizada para acceder a la divulgación de la información)

(Firma de la persona autorizada)

(Dirección) (Número de teléfono) (Fecha)

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

