# Autorización para la Divulgación de Información Confidencial

authorization for disclosure of confidential information

La información personal que proporcione se puede usar para propósitos secundarios [Privacy Law, s. 15.04 (1)(m), Wisconsin Statutes].

Proporcionar su Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) es obligatorio sobre Wisconsin Statutes 49.145 (2)(k). Su SSN puede ser verificado a través de programas informáticos de cotejo y puede ser utilizado para verificar el cumplimiento de la normativa y la gestión del programa. Su SSN puede ser revelado a otras agencias federales y estatales para su examen oficial. Si no facilita su número del Seguro Social, su solicitud de beneficios será denegada.

**En relación con los registros de:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre) | | | | |
| Fecha de nacimiento | Número de Seguro Social (SSN) | | PIN | |
| Dirección | | Ciudad | Estado | Código postal |

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información confidencial que suministre o que se obtenga de otro modo sobre mí al programa W-2 del Department of Children and Families (DCF), que incluye proveedores subcontratados que el DCF contrata para ofrecer servicios directos de gestión de casos; también acepto que la información sobre mi afección o tratamiento pueda ser comunicada al personal de estas oficinas que necesite dicha información en relación con sus funciones. Wisconsin Statute 51.30 (4)(d), Wisconsin Administrative Code HHS 92.03 (3), 92.06, and 42 CFR Part 2.

**Por la presente autorizo y solicito:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Agencia W-2, agencia de servicios humanos/sociales del condado o de la tribu (proveedor contratado por el DCF) | Número de teléfono | | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Divulgar a** | **Recibir de** | **O intercambiar información con** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la agencia/organización/persona | Número de teléfono | | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código postal |

## Esta información es necesaria para determinar la elegibilidad/continuación, el desarrollo/revisión del plan de empleabilidad de la persona arriba mencionada. Esta información también podría incluir los resúmenes de progreso, la verificación de asistencia o el establecimiento de un buen motivo de no cooperación con los requisitos de manutención de los hijos.

Tipo o alcance de la información que se desea divulgar (marque todos los registros que desea que se divulguen).

Psiquiatría/salud mental  Alcohol y drogas  Violencia doméstica

Legales  Asistencia escolar  Solicitud específica

Financieros  Médicos

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Evaluaciones psiquiátricas incluidos diagnósticos/pronósticos |  | Historias clínicas/exámenes físicos, incluidos diagnósticos/pronósticos |
|  | Resúmenes de avances psiquiátricos/psicoterapéuticos |  | Resultados del análisis de orina |
|  | Evaluaciones psicológicas |  | Planes de tratamiento |
|  | Evaluación inicial de alcohol/drogas |  | Historial psicosocial |
|  | Registros de asistencia |  | Resúmenes de los progresos del programa de abuso de alcohol y otras drogas (Alcohol and Other Drug Abuse, AODA) |
|  | Registros bancarios |  | Registros de empleo |
|  | Registros legales |  | Cumplimiento de las obligaciones de pensión alimenticia |

Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se haya divulgado información como resultado de esta autorización. Esta autorización expirará de manera automática un año después de la fecha de la firma, a menos que se indique y se pongan las iniciales a continuación.

|  |  |
| --- | --- |
|  | La autorización expira el       (fecha) |
|  | La autorización expira después de que tenga lugar la siguiente acción: |

Copies to: Disclosing Agency, Participant, Case Record

#### RETAIN COMPLETED FORM IN CASE RECORD

**Con mi firma, autorizo la divulgación de los registros a la persona o agencia especificada.**

**ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO Y FECHADO POR EL PARTICIPANTE (O POR UNA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA PARA DIVULGAR INFORMACIÓN EN SU NOMBRE) Y POR UN TESTIGO DE LA AGENCIA W-2, AGENCIA DE SERVICIOS HUMANOS/SOCIALES DEL CONDADO O DE LA TRIBU PARA QUE SE PRODUZCA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA.**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del participante | Fecha en que firma |
| Firma de la persona legalmente autorizada a divulgar información en nombre del participante | Fecha en que firma |
| Firma del testigo de la agencia | Fecha en que firma |

LO SIGUIENTE SOLO SE APLICA A USTED SI LOS REGISTROS CUYA DIVULGACIÓN SE AUTORIZA EN EL REVERSO ESTÁN RELACIONADOS CON SU TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD MENTAL, DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO, ALCOHOLISMO O DROGADICCIÓN:

El paciente objeto de los registros cubiertos por esta autorización, en la mayoría de los casos, tiene derecho a inspeccionar y recibir una copia del material que se divulgará de conformidad con este formulario de consentimiento. Excepto en el caso de los registros de medicamentos y tratamiento somático, este derecho puede ser denegado por el director del centro de tratamiento o la persona designada, durante el tratamiento del paciente en determinadas circunstancias. Se puede cobrar una tarifa uniforme y razonable por una copia de los registros. La tarifa puede reducirse o eximirse, de acuerdo con la política de la agencia, para aquellos pacientes que muestren incapacidad para pagar.

Esta información ha sido divulgada al proveedor contratado por el DCF de W-2 *(la agencia W-2, agencia de servicios humanos/sociales del condado o tribal)* a partir de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Part 2). Las normas federales le prohíben a usted *(la agencia W-2,* *agencia de servicios humanos/sociales del condado o tribal)* divulgar esta información a menos que se permita su divulgación de manera explícita mediante el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece o según lo permita el 42 CFR Part 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las leyes federales restringen cualquier uso de la información para investigar criminalmente o procesar a cualquier paciente por abuso de alcohol o drogas.

**UNA COPIA DE ESTA DIVULGACIÓN ES TAN VÁLIDA COMO LA ORIGINAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FOR OFFICE USE ONLY**  Information Requested | | |
| By | Title | Date |
| Response(s) | | |
| Initials | | |