

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

CONFIDENTIAL INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION

Al completar este formulario se autoriza revelar la información descrita en la sección "Descripción específica de registros autorizados para revelar". La persona (individuo del registro) cuyo registro se revelará puede tener derecho a inspeccionar, y después de pagar los gastos pertinentes, a obtener una copia de los registros revelados. Excepto en el caso de registros de medicamentos y tratamiento somático, el director o el encargado de una institución de tratamiento de enfermedad mental, incapacidad del desarrollo, abuso de alcohol o drogas, puede negar, en algunas circunstancias, ese derecho durante el período del tratamiento. Sección 51.30, Estatutos de Wisconsin, DCF 92.03-92.06 Código Adminis. Wisconsin.

Nombre – **Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro)**

Dirección

Ciudad, Estado, Código

Número de identificación (si tiene)

Fecha de Nacimiento

Nombre y dirección – **Agencia / Organización autorizada a revelar información**Nombre - **La información se puede revelar a:**

Organización

Dirección

Ciudad, Estado, Código

Descripción específica de registros autorizados para revelar (Incluya las fechas de los registros si es pertinente)

Propósito o necesidad de revelar la información (Especifique)

Acuerdo

- Esta autorización es voluntaria. Negarse a firmar no afectará el tratamiento, pago, registro o elegibilidad para beneficios, excepto para:
 - sin excepciones
 - excepciones (especifique):
- La información que yo autorizo revelar puede también revelarla quien recibe los registros sólo si lo permite la ley. Si la información se revela nuevamente, la persona que recibe la información revelada puede ser controlada por leyes diferentes.
- Yo puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento excepto en el caso de información ya revelada como resultado de esta autorización. La revocación escrita debe darse a la agencia /organización que yo autorice revele la información.
- Excepto si es revocada, esta autorización permanecerá vigente hasta la fecha de vencimiento indicada abajo.

Marque un casillero

- Autorización vence el _____ (Fecha)
- Autorización vence _____ meses de la fecha en que firmo esta autorización.
- Autorización vence después de tomarse la siguiente medida:

Como lo indico con mi firma, por la presente autorizo a que se revelen los registros a la(s) persona(s) o agencia(s) especificadas arriba.
FIRMA Persona cuyo registro se revelará (individuo del registro)

Fecha Firma

FIRMA Otra persona legalmente autorizada a dar consentimiento para revelar la información.

Título o relación con el individuo nombrado en el Registro

Fecha Firma