

Este formulario debe usarse cuando se requiera dicha autorización; cumple con los estándares de privacidad de la [Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996](#) (HIPAA).

I. Mi autorización

Nombre del consumidor	Fecha de nacimiento	Nro. del Seguro Social

Como el consumidor antes mencionado, o representante autorizado de dicho consumidor, por la presente autorizo a la parte divulgadora nombrada a continuación (Parte Divulgadora) a divulgar la siguiente información de salud a la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky (Parte Receptora) con el fin de determinar la elegibilidad y/o la naturaleza y el alcance de los servicios de rehabilitación vocacional:

Toda mi información que cubre el período desde _____ hasta _____

Registros específicos a divulgar:

Tratamiento de abuso de alcohol/drogas

Registros educativos

Historias clínicas

Registros audiológicos

Pruebas, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA

Registros de salud mental

Otro

Si es otro, especifique:

Información específica presente en los registros que se divulgarán (es decir, diagnóstico, pronóstico, resumen/cumplimiento del tratamiento, resultados de las pruebas, recomendaciones, restricciones permanentes/limitaciones funcionales, medicación)

II. Parte divulgadora

Parte divulgadora		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

III. Parte receptora (Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky)

La información de salud personal o protegida correspondiente a mis selecciones en este formulario se divulgará a la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky con el fin de determinar la elegibilidad y/o la naturaleza y alcance de los servicios de rehabilitación vocacional:

Nombre del consejero de rehabilitación vocacional		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico	Número de teléfono	Número de fax

IV. Mis derechos

- I. Comprendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios de la parte divulgadora antes mencionada no pueden condicionarse a mi firma de esta autorización y que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, la parte receptora puede requerir la información solicitada al hacer su determinación de elegibilidad y beneficios conforme a la Ley de Rehabilitación de 1973 enmendada (P.L. 113-128)
- II. Comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto cuando ya se hayan hecho usos o divulgaciones basados en mi permiso original. Para revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar el documento a las partes divulgadoras y receptoras correspondientes.
- III. Comprendo que es posible que la información usada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky y que ya no estará protegida por los estándares de privacidad de la HIPAA.
- IV. La información divulgada a la Oficina de Rehabilitación Vocacional se mantendrá confidencial y se utilizará solo para la administración del programa de rehabilitación vocacional de la persona identificada. La información de salud personal o protegida que haya sido obtenida por la Oficina

de Rehabilitación Vocacional de otra agencia u organización puede divulgarse solo conforme a las condiciones establecidas por esa agencia u organización.

- V. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original.
- VI. Esta autorización vence **1 año (365 días) a partir de la fecha de mi firma a continuación, a menos que sea revocada por escrito antes de esa fecha.**

V. Firmas

Firma del consumidor

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del representante

Fecha

Si el consumidor es menor de edad, tiene un tutor legal designado por un tribunal o cuenta con un poder notarial en nombre del consumidor, complete lo siguiente:

Autoridad del representante para firmar en nombre del consumidor:

Padre o madre

Tutor legal

Poder notarial

Nombre del representante en letra imprenta
