OVR 15A

(Rev. FEB/2026)

# Solicitud de expedientes de la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky

Kentucky Career Center
Vocational Rehabilitation

**Este formulario debe usarse cuando se requiere dicha autorización y cumple con los estándares de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.**

## 1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA

| Nombre | Inicial 2.º nombre | Apellido |
|---|---|---|
| | | |

| SSN *(últimos 4 dígitos))* | Fecha de nacimiento *(dd/mm/aaaa)* | Número de caso *(6 dígitos)* |
|---|---|---|
| | | |

Como la persona antes mencionada, o representante autorizado de dicha persona, 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 abarca el período desde _____ hasta _____

**Registros específicos a divulgar:**

- ☐ Registros académicos
- ☐ Tratamiento del abuso de alcohol y drogas
- ☐ Registros audiológicos
- ☐ Pruebas de VIH/SIDA, diagnóstico y tratamiento médico
- ☐ Historias clínicas
- ☐ Registros de salud mental
- ☐ Registros oftalmológicos
- ☐ Registros de socios principales
- ☐ Otro

En caso de ser otro, especifique:

Información específica en los registros a divulgar (es decir, diagnóstico, pronóstico, resumen/cumplimiento del tratamiento, resultados de las pruebas, recomendaciones, restricciones permanentes/limitaciones funcionales, medicamentos)

## 2. PARTE DIVULGADORA

| Parte divulgadora | | |
|---|---|---|
| | | |
| **Línea dirección 1** | | |
| | | |
| **Línea dirección 2** | | |
| | | |
| **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** |
| | | |

## 3. PARTE RECEPTORA (OFICINA DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL DE KENTUCKY)

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

| Nombre del consejero | Inicial 2.º nombre | Apellido |
|---|---|---|
| | | |
| **Línea dirección 1** | | |
| | | |
| **Línea dirección 2** | | |
| | | |
| **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** |
| | | |
| **Dirección de correo electrónico** | **Número de teléfono** | **Número de fax** |
| | | |

## 4. MIS DERECHOS

I. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios de la parte divulgadora mencionada anteriormente no pueden estar condicionados a mi firma de esta autorización y que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización. Sin embargo, la parte receptora puede requerir la información solicitada para tomar su determinación de elegibilidad y beneficios según la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 en su forma enmendada (Ley 113-128)

II. Puedo revocar en cualquier momento este consentimiento por escrito proporcionado a la Oficina de Rehabilitación Vocacional. Sin embargo, cualquier acción realizada en base a este consentimiento antes de recibir la revocación no puede revertirse y mi revocación no afecta dicha acción.

III. Entiendo que es posible que la información utilizada o divulgada con mi permiso pueda ser divulgada nuevamente por la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky y ya no esté 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 únicamente en la administración del programa de rehabilitación vocacional del individuo identificado. La información de salud personal o protegida que la Oficina de Rehabilitación Vocacional haya obtenido de otra agencia u organización podrá divulgarse únicamente bajo las condiciones establecidas por esa agencia u organización.

V. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una versión fotocopiada de esta autorización es tan válida como el documento original.

VI. Esta autorización expira ***1 año después de la fecha de mi firma a continuación, a menos que sea revocada por escrito antes de esa fecha.***

## 5. FIRMAS

Firma de la persona _____ Fecha _____

Firma del Testigo _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor legal/apoderado _____ Fecha _____

Si la persona es menor de edad, tiene un tutor legal designado por el tribunal o un apoderado que actúa en su nombre, complete lo siguiente:

Tutor/Situación legal:

◯ Padre ◯ Tutor legal ◯ Apoderado

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor legal/apoderado

_____

La Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky (Kentucky Office of Vocational Rehabilitation, KYOVR) no discrimina por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, orientación sexual, identidad o expresión de género, ascendencia, edad, embarazo o afección médica relacionada, estado civil o familiar, discapacidad, condición de veterano, afiliación política o información genética de acuerdo con las leyes estatales y federales. (Los documentos se imprimen con fondos federales) (Rev. Dic. 2025)