

**Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky  
Consentimiento por escrito para la divulgación de  
información médica personal o protegida en  
posesión de la Oficina de Rehabilitación  
Vocacional**

### 1. INFORMACIÓN AL CONSUMIDOR

Nombre		SSN (últimos 4 dígitos)	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal

### 2. CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN

Por la presente doy mi consentimiento informado a la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky para la divulgación de los siguientes documentos que pueden contener información médica personal y protegida sobre mí.

*Describe la naturaleza de la información médica personal o protegida que le está dando permiso a la agencia para divulgar*

--

Esta información solo puede ser divulgada a:

--

Quién lo utilizará para los siguientes fines:

--

### 3. TÉRMINOS Y CONDICIONES

- Entiendo que la información médica, psicológica o de otro tipo escrita que la Oficina de Rehabilitación Vocacional cree que puede ser perjudicial para mí no puede ser divulgada directamente a mí, sino que se proporcionará a través de un tercero elegido por mí, como un miembro de la familia, un defensor o un profesional médico o de salud mental calificado; o un representante designado por el tribunal.

2. Entiendo que la información médica personal y protegida que ha sido obtenida por la Oficina de Rehabilitación Vocacional de otra agencia u organización puede ser divulgada solo por o bajo las condiciones establecidas por la otra agencia u organización.
3. Puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento proporcionado a la Oficina de Rehabilitación Vocacional. Sin embargo, cualquier acción tomada en base a este consentimiento antes de recibir la revocación no se puede revertir y mi revocación no afecta esas acciones.

La siguiente fecha/evento/condición permite que esta versión caduque más allá de 12 meses o 1 año:

***Si no se especifica una fecha/evento/condición, esta versión caducará en un plazo de 12 meses o 1 año a partir de la fecha de firma.***

#### 4. FIRMAS



\_\_\_\_\_  
Firma del consumidor

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)



\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor legal (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha (MM/DD/AAAA)

**Prohibición de redivulgación:** Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales le prohíben hacer cualquier otra divulgación de esta información, excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información médica protegida si está en poder de otra parte no es suficiente para este propósito.

*La Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, tipo de discapacidad, información genética, estado civil, orientación sexual, identidad de género, ciudadanía, embarazo, condición de veterano o cualquier otra condición protegida por la ley aplicable.*