OVR 15B

(Rev. FEB/2026)

Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky

Divulgación de registros

Kentucky Career Center
Vocational Rehabilitation

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)*

2. CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN

Por la presente, doy mi consentimiento informado a la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky para divulgar lo siguiente: *(seleccione todo lo que corresponda)*

☐ Documentos ☐ Comunicación verbal

Esta información puede incluir datos personales o datos de salud protegidos acerca de mí. Describa la naturaleza de la información personal o de salud protegida que usted autoriza a la agencia a divulgar.
Esta información solo podrá divulgarse a:
Quien la utilizará para los siguientes fines:

3. TÉRMINOS Y CONDICIONES

1. Entiendo que la información escrita médica, psicológica o de otro tipo que la Oficina de Rehabilitación Vocacional considere que puede ser perjudicial para mí no puede ser divulgada directamente a mí, sino que será proporcionada a través de un tercero elegido por mí, como un miembro de la familia, un defensor o un profesional médico o de salud mental cualificado o un representante designado por el tribunal.
2. Entiendo que la información médica personal y protegida que la Oficina de Rehabilitación Vocacional ha obtenido de otra agencia u organización puede ser divulgada únicamente por dicha otra agencia u organización o según las condiciones establecidas por ella.
3. 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.

La siguiente fecha/evento/condición permite que esta divulgación expire dentro de un (1) año a partir de la fecha de la firma:

4. FIRMAS

Firma de la persona _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor legal/apoderado _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta de padre/tutor legal/apoderado: _____

Estado del padre/tutor legal/apoderado:

◯ Padre ◯ Tutor legal ◯ Apoderado

PROHIBICIÓN DE NUEVA DIVULGACIÓN:

Esta información le ha sido divulgada de los registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales le prohíben realizar cualquier otra divulgación de esta información, excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información de salud protegida no es suficiente para este propósito si obra en el poder de otra parte.

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)