

Gabinete de Educación y Trabajo
Oficina de Rehabilitación Vocacional
Consentimiento por escrito para la divulgación de intercambios verbales
por parte de la Oficina de Rehabilitación Vocacional

Nombre de la persona _____

Número de Seguridad Social _____

Dirección _____

Por la presente, doy mi consentimiento informado a la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky para la divulgación de cualquier intercambio verbal que contenga información personal sobre mi persona:

Esta información solo se puede divulgar a: _____

que la utilizará únicamente para los siguientes fines: _____

Entiendo que la información médica, psicológica u otro tipo de información escrita que la Oficina de Rehabilitación Vocacional considere que puede ser perjudicial para mí, no puede ser divulgada directamente a mi persona, pero se me brindará por medio de una tercera persona elegida por mí, como por ejemplo, un familiar, un abogado, o un profesional médico o de salud mental calificado; o un representante designado por un tribunal.

Entiendo que la información médica personal y protegida que la Oficina de Rehabilitación Vocacional obtuvo por medio de otra agencia u organización puede ser revelada solo por o en virtud de la otra agencia u organización, o en las condiciones que estos establezcan.

Puedo revocar este consentimiento por escrito, proporcionado a la Oficina de Rehabilitación Vocacional, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier acción que se tome en base a este consentimiento antes de recibir la revocación no se puede anular, y mi revocación no afecta dichas acciones. Esta fecha/ evento/ condición permite que este consentimiento caduque después de 12 meses o 1 año: _____. Si no se especifica una fecha/evento/condición, este consentimiento caducará después de 12 meses o 1 año.

Firma

Fecha

Firma del padre, la madre o el tutor legal

Fecha

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN POSTERIOR: ESTA INFORMACION LE HA SIDO DIVULGADA A PARTIR DE REGISTROS CUYA CONFIDENCIALIDAD ESTÁ PROTEGIDA POR LA LEY FEDERAL. LAS NORMAS FEDERALES LE PROHÍBEN REALIZAR CUALQUIER OTRA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN, EXCEPTO CON EL CONSENTIMIENTO EXPRESO POR ESCRITO DE LA PERSONA A LA QUE PERTENECE. UNA AUTORIZACION GENERAL PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA U OTRA INFORMACION DE SALUD PROTEGIDA EN PODER DE UNA TERCERA PERSONA NO ES SUFICIENTE PARA ESTE FIN.

La Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, religión, tipo de discapacidad, información genética, estado civil, orientación sexual, identidad de género, ciudadanía, embarazo, estado de veterano o cualquier otro estado protegido por la ley aplicable.