

**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 SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Por la presente, doy mi consentimiento informado para la divulgación de los siguientes documentos en posesión de la Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky que contienen información médica personal y protegida sobre mi persona:

Esta información solo se puede divulgar a: \_\_\_\_\_

que lo 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 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 REGULACIONES 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.