

**Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral  
Oficina de Rehabilitación Vocacional**

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL O PROTEGIDA**

**Asunto:** \_\_\_\_\_  
Nombre del cliente  
\_\_\_\_\_  
Dirección  
\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

**Número de Seguridad Social:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

1. Yo, \_\_\_\_\_ por la presente autorizo la divulgación de mi  
Nombre del cliente  
información médica personal o protegida por:

**Nombre de la entidad cubierta:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

Entiendo que la firma de este formulario no interferirá con mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios de este proveedor.

2. La información médica protegida será divulgada a:

**Oficina de Rehabilitación Vocacional de Kentucky**

**Nombre del consejero:** \_\_\_\_\_

**Dirección de la oficina:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

Entiendo que el uso y propósito de esta divulgación es determinar mi elegibilidad respecto de la naturaleza y el alcance de los servicios de rehabilitación vocacional en mi nombre.

3. **El tipo específico de información que se divulgará es:**

_____
_____
_____

4. Si la información que se solicita procede de un caso de tratamiento con alcohol o drogas, 42 CFR parte 2, Confidencialidad de los registros de pacientes con consumo de alcohol y drogas se aplica: Esta información le ha sido divulgada a partir de los registros protegidos por las normas federales de confidencialidad. Las normas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación adicional sea permitida expresamente por el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR, parte 2. Una autorización general de la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este fin. Las normas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o enjuiciar penalmente a cualquier paciente que abuse del alcohol o de las drogas.

5. Este formulario autoriza la divulgación de información médica, incluida la información relacionada con el VIH. Usted puede elegir divulgar solo su información médica no relacionada

**Departamento de Inversión en la Fuerza Laboral  
Oficina de Rehabilitación Vocacional**

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL O PROTEGIDA**

con el VIH, solo su información relacionada con el VIH, o ambas. Su información puede estar protegida por la ley de privacidad federal y estatal. La información confidencial relacionada con el VIH es cualquier información que indique que una persona se ha realizado una prueba relacionada con el VIH, o tiene una infección por el VIH, una enfermedad relacionada con el VIH o SIDA, o cualquier información que pueda indicar que una persona ha estado potencialmente expuesta al VIH. De conformidad con la ley de Kentucky y sujeta a las excepciones en el KRS 214.181, la información relacionada con el VIH solo puede ser divulgada a las personas que usted permita que la tengan mediante la firma de un consentimiento por escrito.  Información relacionada con el SIDA/VIH  Información no relacionada con el SIDA/VIH  Ambas

6. El KRS 304.17A-555 prohíbe a cualquier persona que reciba información médica protegida de salud mental o dependencia química volver a divulgar esa información sin mi consentimiento específico por escrito.
7. Sin embargo, entiendo que cierta información médica protegida utilizada o divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o clase o personas o entidad que la recibe, y entonces ya no estaría protegida por las normas federales de privacidad.
8. La información divulgada a la Oficina de Rehabilitación Vocacional se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente en la administración del programa de rehabilitación vocacional de la persona identificada. La información médica personal o protegida que ha sido obtenida por la Oficina de Rehabilitación Vocacional de otra agencia u organización puede ser divulgada solo de acuerdo con las condiciones establecidas por esa agencia u organización.
9. Puedo **revocar** esta autorización notificando a la Oficina de Rehabilitación Vocacional por escrito de mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción que ya se haya realizado en base a esta autorización no se puede revertir y mi revocación no afectará esas acciones.
10. Esta autorización **caduca** el \_\_\_\_\_, lo cual representa doce (12) meses o 1 año a partir de la fecha de mi firma a continuación.

**He leído y entiendo esta autorización y doy mi consentimiento informado para el uso y divulgación de mi información médica protegida.**

---

Firma de la persona

Autoridad o relación del

FECHA

---

Testigo (si es necesario)

FECHA

El Gabinete de Educación de Kentucky, el Departamento de Inversión en la Fuerza Laboral y la Oficina de Rehabilitación Vocacional no discriminan 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.