



**Commonwealth of Pennsylvania, Departamento de Servicios Humanos**  
**Autorización para la utilización o divulgación de información privada**

**1. Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a que utilice/divulgue la información que se describe a continuación de los expedientes de:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Número(s) de identificación (identificar cada tipo de número). \_\_\_\_\_

**2. Motivo de la divulgación:** \_\_\_\_\_

(Describa cada propósito específico: si la divulgación se hace a pedido de la persona y la información que se divulgará no incluye información sobre tratamientos para el uso de drogas y alcohol, se puede decir, "A pedido de la persona").

**3. Comprendo que:**

- a. Esta autorización puede revocarse en cualquier momento al comunicarse por escrito con la persona/ organización mencionada en la sección 1, salvo en la medida que dicha información ya haya sido divulgada. Si la información ya se ha divulgado basándose en esta autorización, su revocación solo evitará la divulgación en el futuro.
- b. El Departamento y sus programas de salud y servicios humanos no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad porque se proporcione esta autorización.
- c. La información (excepto la información sobre el uso de drogas y alcohol) divulgada conforme a esta autorización podría estar sujeta a redivulgación por la persona/organización identificada en la sección A.2 que está a continuación y ya no estará protegida por las regulaciones federales de privacidad.
- d. Por medio del presente documento se exime de todas las responsabilidades y obligaciones legales el Departamento, sus programas, servicios, empleados, funcionarios y contratistas para la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada.
- e. Me puedo negar a firmar esta autorización.

**PARTE A - Información general**

**A.1 Información que se va a divulgar y periodo para la información solicitada (identificar específicamente la información que se va a utilizar/divulgar, tal como los registros de asistencia social, los registros de gravámenes, los registros de inspección, etc. Si la información que se va a utilizar incluye información relacionada con salud mental, abuso de drogas o alcohol, o VIH, por favor llene la sección de este formulario relacionada a dicha información):**

**A.2 Esta información será divulgada a:**

\_\_\_\_\_ (Indique el nombre o cargo del individuo o agencia a quien se divulgará la información)

**A.3 Esta autorización vence como se indica:**

\_\_\_\_\_ Una vez que haya sido utilizada  
 \_\_\_\_\_ Otros (especifique la fecha o el evento) \_\_\_\_\_



**PARTE B - Categorías especiales de información médica**

**B.1 Información sobre alcoholismo y drogadicción**

Si mis registros médicos incluyen información sobre el uso de drogas y alcohol, deseo enviar esa información a la persona/organización identificada en la Parte A de este formulario.

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No o no corresponde

Esta información se divulgará de registros protegidos por las Normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las Normas federales prohíben que la persona/organización identificada en la Parte A de este formulario divulgue adicionalmente esta información a menos que la persona a quien corresponde dicha información lo autorice expresamente a través de su consentimiento escrito o que se autorice a través de 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las Normas federales restringen cualquier uso de la información para la investigación o procesamiento penal de algún paciente con problemas de abuso de drogas o alcohol.

**B.2 Información sobre salud mental**

Si mis registros médicos incluyen información de salud mental, deseo enviar esa información a la persona/organización identificada en la Parte A de este formulario.

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No o no corresponde

**B.3 Información sobre VIH/SIDA**

Si mis registros médicos incluyen información sobre el sida/VIH, deseo enviar esa información a la persona/organización identificada en la Parte A de este formulario.

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No o no corresponde

Esta información se divulgará de los registros protegidos por la ley de Pennsylvania. La ley de Pennsylvania prohíbe la divulgación adicional de esta información a menos que la persona a quien corresponde dicha información lo autorice expresamente a través de su consentimiento escrito o que se autorice a través de la Ley de confidencialidad de la información relacionada con el VIH. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito.

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona o su representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted es el representante personal, declare su relación con dicha persona:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo  
(es necesario para la divulgación de información sobre salud mental alcoholismo y drogadicción)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si la persona está físicamente incapacitada para firmar, se requiere la firma del segundo testigo:

\_\_\_\_\_

