DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office of Refugee and Immigrant Assistance (ORIA)

Autorización para divulgar información

Authorization to Release Information

Yo, _____ (nombre del cliente), acepto que se proporcione mi información a _____ (proveedor de servicios) con el fin de recibir servicios y concedo mi permiso para que se entregue mi información a la Oficina de Asistencia para Refugiados e Inmigrantes (ORIA, por sus siglas en inglés), que forma parte del Departamento de Servicios Sociales y de Salud. Acepto que esta información puede entregarse a otros proveedores de servicios financiados por la ORIA, y que la ORIA puede entregar mi información a la Oficina de Reasentamiento de Refugiados de EE. UU. (ORR, por sus siglas en inglés) que forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos, en cumplimiento de las políticas federales. Mi información entregada puede incluir, entre otras cosas, información demográfica básica, información de contacto y situación migratoria. Mi información solamente se entregará con el fin de coordinar y facilitar el acceso a servicios multilingües y culturalmente apropiados y para proporcionar mi información a la ORR. Mi información puede entregarse en persona, por correo electrónico o de forma electrónica, o por correo postal.

Recuerde: Si sus registros de cliente incluyen cualquiera de los siguientes datos, debe rellenar esta sección para incluir estos registros:

Otorgo mi permiso para divulgar los siguientes registros (marque todos los que correspondan):

☐ Salud mental ☐ Resultados de pruebas, diagnósticos y tratamientos por VIH/sida y enfermedades de transmisión sexual

☐ Trastorno de consumo de sustancias

Marque una de las siguientes opciones:

☐ No necesito servicios de interpretación y he leído y entendido plenamente este formulario de consentimiento.

☐ Un intérprete con el número/nombre _____ me leyó este formulario. Dicha persona u organización domina el inglés y mi lengua materna y entiendo plenamente el consentimiento.

- Esta autorización para divulgar información estará vigente por un año a partir de la fecha de su firma, o hasta la siguiente fecha: _____.
- Puedo revocar o cancelar esta autorización para la divulgación de información, en cualquier momento, por escrito, pero eso no afectará ninguna información ya entregada.
- Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para entregar registros.

Firma del cliente o de su representante	Fecha	Número de caso o de extranjero del cliente

Firma del padre, la madre o el tutor legal	Fecha	Firma del personal del proveedor de servicios	Fecha

Aviso a los destinatarios de información: Si estos registros contienen información sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual o sida, es posible que ya no pueda difundir dicha información sin el permiso específico del cliente. Si ha recibido información relacionada con abuso de drogas o alcohol por parte del cliente, debe incluir la siguiente declaración cuando se divulgue más información de acuerdo a 42 CFR 2.32:

Esta información ha sido divulgada a usted desde registros protegidos por las leyes de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las leyes federales le prohíben divulgar a su vez esta información, a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o que de otra manera esté permitida por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.