

## Autorización Authorization

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS REGISTROS DEL DSHS DE:					
NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
			FECHA DE NACIMIENTO		
La siguiente información puede ayudar a localizar registros:		NOMBRES ANTERIORES			
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHAS DEL SERVICIO	UBICACIÓN DEL SERVICIO		
DIVULGAR A:					
NOMBRE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
			TÍTULO		
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O NEGOCIO, SI APLICA					
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO		
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)		NÚMERO DE FAX (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN (NO OBLIGATORIO)					
AUTORIZACIÓN:					
<p><b>FUENTES:</b> Autorizo a los siguientes programas del DSHS a divulgar o dar acceso a información confidencial referente a mí de la manera que se describe a continuación. Esta información puede ser proporcionada verbalmente o a través de una transferencia de datos por computadora, por correo, por fax o entregada en mano.</p> <p><input type="checkbox"/> Solamente los siguientes programas (marque todos los aplicables):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Administración de Salud Conductual (BHA)  <input type="checkbox"/> Manutención de Menores (DCS)  <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo (DDA)  <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional (DVR)  <input type="checkbox"/> Centro de Compromisos Especiales (SCC)  <input type="checkbox"/> Otro: _____                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública)  <input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS)  <input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Residencial (RCS)  <input type="checkbox"/> Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC)  <input type="checkbox"/> Recursos Humanos y Nóminas                 </td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Todas las dependencias del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)</p>				<input type="checkbox"/> Administración de Salud Conductual (BHA) <input type="checkbox"/> Manutención de Menores (DCS) <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo (DDA) <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional (DVR) <input type="checkbox"/> Centro de Compromisos Especiales (SCC) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública) <input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS) <input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Residencial (RCS) <input type="checkbox"/> Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos y Nóminas
<input type="checkbox"/> Administración de Salud Conductual (BHA) <input type="checkbox"/> Manutención de Menores (DCS) <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo (DDA) <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional (DVR) <input type="checkbox"/> Centro de Compromisos Especiales (SCC) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Servicios Comunitarios (CSD – asistencia pública) <input type="checkbox"/> Servicios en el Hogar y la Comunidad (HCS) <input type="checkbox"/> Servicios de Cuidado Residencial (RCS) <input type="checkbox"/> Instituciones de salud mental del estado (ESH, WSH, CSTC) <input type="checkbox"/> Recursos Humanos y Nóminas				
<p><b>REGISTROS:</b> Autorizo la divulgación de los siguientes registros del DSHS:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Registros como cliente conservados por las dependencias del DSHS arriba señaladas  <input type="checkbox"/> Otros registros confidenciales conservados por las dependencias del DSHS arriba señaladas  <input type="checkbox"/> Información personal en registros de empleo                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Todos mis registros como cliente  <input type="checkbox"/> Registros de la lista anexa  <input type="checkbox"/> Sólo los siguientes registros:                 </td> </tr> </table> <p>Quiero limitar los registros que pueden ser divulgados del siguiente modo (por fecha, tipo de registro, etc.):</p> <p><input type="checkbox"/> No solicito que se divulguen los registros por ahora. Favor de incluir esta autorización en el expediente de mi cliente.</p>				<input type="checkbox"/> Registros como cliente conservados por las dependencias del DSHS arriba señaladas <input type="checkbox"/> Otros registros confidenciales conservados por las dependencias del DSHS arriba señaladas <input type="checkbox"/> Información personal en registros de empleo	<input type="checkbox"/> Todos mis registros como cliente <input type="checkbox"/> Registros de la lista anexa <input type="checkbox"/> Sólo los siguientes registros:
<input type="checkbox"/> Registros como cliente conservados por las dependencias del DSHS arriba señaladas <input type="checkbox"/> Otros registros confidenciales conservados por las dependencias del DSHS arriba señaladas <input type="checkbox"/> Información personal en registros de empleo	<input type="checkbox"/> Todos mis registros como cliente <input type="checkbox"/> Registros de la lista anexa <input type="checkbox"/> Sólo los siguientes registros:				
RECUERDE: Si sus registros como cliente u otros registros confidenciales incluyen cualquiera de los datos siguientes, debe llenar también la sección siguiente para permitir la inclusión de estos registros:					
<p><b>REGISTROS ESPECIALES:</b> Otorgo mi permiso para divulgar la siguiente información conservada en registros del DSHS (marque todas las aplicables):</p> <input type="checkbox"/> Registros de resultados de análisis, diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA y ETS (RCW 70.02.220) <input type="checkbox"/> Registros de salud mental (RCW 70.02.230 o 240) <input type="checkbox"/> Registros de trastorno de consumo de sustancias (42 CFR Parte 2)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Este permiso es válido por 180 días o <input type="checkbox"/> hasta el _____ (fecha o evento, si no se señala, será por 180 días).</li> <li>Puedo revocar o cancelar mi permiso por escrito en cualquier momento, pero eso no afectará la información ya entregada.</li> <li>Entiendo que mis registros podrían ya no estar protegidos por las leyes que apliquen al DSHS después de haber sido entregados.</li> <li>Una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para divulgar registros. El DSHS puede cobrar por la entrega de copias de sus registros.</li> </ul>					
AUTORIZADO POR (FIRMA)	FECHA DE LA FIRMA	NÚMERO DE TELÉFONO (CÓDIGO DE ÁREA)			
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE		TESTIGO/NOTARIO (FIRMAR Y ESCRIBIR EL NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, SI ES NECESARIO)			
<p>Si no soy la persona a la que se refieren los registros, tengo autorización para firmar dado que soy: (anexar evidencia de la autoridad)</p> <input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Representante personal <input type="checkbox"/> Otro:					

**Aviso a quienes reciben la información:** Si estos registros contienen información sobre VIH, ETS o abuso del alcohol o de drogas, las leyes federales y estatales estipulan que usted no puede divulgar esta información sin el permiso específico del sujeto y sólo después de cumplir con requisitos legales específicos.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**Propósito:** Debe usar este formulario cuando desea que el DSHS pueda divulgar información confidencial referente a usted a otra persona (incluyendo a un abogado, legislador o familiar). Usted puede otorgar su permiso para divulgar todos los registros confidenciales que tiene el DSHS referentes a usted, o puede limitar su permiso a registros específicos o a dependencias específicas de la agencia. Este formulario también permitirá que el DSHS hable verbalmente sobre su situación con la persona que usted autorice.

**Aviso a clientes:** La mayoría de la información que tiene el DSHS sobre sus clientes es confidencial y no será divulgada a otros a menos que usted otorgue su permiso o que la divulgación sea permitida por la ley. Después de que el DSHS divulgue su información confidencial, recuerde que el receptor podría no proteger sus registros bajo las mismas leyes que rigen al DSHS. El DSHS no puede negarle beneficios por no firmar este formulario para permitir divulgaciones al DSHS, a menos que su autorización sea necesaria para determinar su elegibilidad. Para obtener más información sobre cómo las dependencias de cuidado de la salud del DSHS que son regidas por HIPAA comparten la información médica protegida y sobre sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de prácticas de privacidad del DSHS en [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) o pregunte a la persona que le dio este formulario. Puede obtener una copia de este formulario.

**Use:** Puede llenar este formulario de manera electrónica o a mano. Use la tecla "Tab" de la computadora para moverse de un campo a otro. **Debe llenar un formulario separado por cada persona cuyos registros se soliciten, incluyendo a los menores de edad.** "Usted" se refiere al sujeto de los registros.

### Partes del formulario:

#### IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO DE LOS REGISTROS:

- **Nombre:** Escriba su nombre completo o el nombre de la persona cuyos registros se solicita, si es que actúa en representación de alguien más.
- **Fecha de nacimiento:** Incluya esta información, que es necesaria para distinguirlo de personas con nombres similares.

#### INFORMACIÓN OPCIONAL para ayudar a localizar registros:

- **Nombres anteriores:** Incluya todos los demás nombres que haya utilizado al recibir beneficios o servicios.
- **Número de identificación del cliente:** Proporcione cualquier número que le haya asignado el DSHS.
- **Otro número de identificación:** Incluya cualquier otro identificador que pueda ayudar a encontrar registros del DSHS. Proporcione un número de seguro social solamente si es necesario.
- **Fecha y lugar de los servicios:** Proporcione esta información para ayudar al DSHS a identificar y localizar los registros que desee divulgar.

#### PERSONA QUE RECIBE LOS REGISTROS:

- **Identificación:** Llene esta sección de la manera más completa posible para que podamos contactar a la persona u organización que tendrá acceso a su información confidencial.
- **Motivo de la divulgación:** Esta información es necesaria antes de que el DSHS pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DSHS registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.

#### AUTORIZACIÓN:

- **Dependencias del DSHS:** Marque las dependencias del DSHS que desee que divulguen registros, o bien marque la casilla inferior de esta sección si quiere otorgar acceso a todos los registros que el DSHS tenga sobre usted. Escriba el nombre del programa en "Otro" si no aparece en la lista.
- **Información divulgada:** Indique los registros que desea divulgar. Puede permitir la divulgación de todos sus registros como cliente y otros registros confidenciales referentes a usted del DSHS, o bien de algunos de ellos. También puede limitar la divulgación a los registros como cliente conservados por las dependencias marcadas en la sección anterior, o a los registros específicos mencionados en este formulario o en un anexo firmado por usted. Si hay limitaciones a los registros que desea que se divulguen, enumere los registros específicos o describa los límites, por ejemplo, por fecha del servicio o por tipo de registro.
- **Registros restringidos:** Si alguno de los registros incluye información sobre pruebas o tratamientos de VIH/SIDA o ETS, tratamientos de salud mental, o servicios para trastorno de consumo de sustancias, debe marcar cada elemento para permitir al DSHS que divulgue estos registros. Use el formulario de autorización de psicoterapia DSHS 17-270 por separado para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- **Validez:** Este formulario tiene validez para otorgar acceso a información conservada actualmente por el DSHS. Su permiso expira 180 días después de la firma, o en cualquier otra fecha o evento que usted proporcione. Si no proporciona una fecha, la autorización tendrá validez por 180 días. Usted puede revocar por escrito la autorización para divulgar registros en cualquier momento, pero será demasiado tarde para retirar información que ya ha sido entregada.
- **Costo:** La ley de registros públicos de RCW 42.56.120 y WAC 388-01-180 permite al DSHS cobrar por copias de registros y costos de envío. Los hospitales estatales e instituciones de cuidado de la salud pueden cobrar por los registros de los pacientes en los términos del Capítulo 70.02 RCW.

#### FIRMAS:

- **Si usted es el sujeto de los registros,** firme y escriba su nombre con letra de molde abajo. Escriba la fecha en la que firmó, y su teléfono o número de contacto.
- **Si firma en nombre de otra persona,** indique en el último renglón por qué puede hacerlo y anexe una copia de la orden del tribunal o de otro documento que le otorgue la autoridad legal. Los menores también deben firmar para otorgar permiso para divulgar sus propios registros confidenciales si son mayores a la edad de consentimiento (13 años para salud mental y servicios por drogas y alcohol; 14 años para información sobre VIH/SIDA y otras ETS; cualquier edad para anticonceptivos y abortos; 18 años para registros de salud y de otros tipos).
- **Testigo o notario:** Podría requerirse un testigo o notario para verificar su identidad si no presenta este formulario en persona y si un programa solicita la verificación. Esta persona debe firmar y escribir su nombre con letra de molde.

**AVISO AL DSHS:** Si estos registros contienen información sobre VIH o EST, el DSHS debe notificar a los receptores que la información es confidencial y que no pueden divulgar los registros sin una autorización específica como lo requiere RCW 70.02.300. Si el DSHS envía copias de registros referentes a servicios para trastorno de consumo de sustancias de acuerdo a esta autorización, el DSHS debe incluir la siguiente declaración al divulgar información, como lo requiere 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 permitido 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.