

AUTORIZACIÓN CONSENT

AVISO A LOS CLIENTES: El Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) puede ayudarle mejor si trabajamos junto a otras agencias y profesionales que le conocen a usted y a su familia. Con la firma de este formulario, usted autoriza a DSHS y a las agencias e individuos consignados abajo a usar y compartir su información confidencial. DSHS no puede negar sus beneficios si no firma este formulario a menos que su consentimiento se necesite para determinar su elegibilidad. Si no firma este formulario, DSHS aún podría compartir su información según lo permita la ley. Si tiene preguntas referentes a cómo DSHS comparte información confidencial de sus clientes o sobre sus derechos de privacidad, por favor consulte el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de DSHS o hable con la persona que le facilitó este formulario.

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE:			
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO
NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)		OTRA INFORMACIÓN	
CÓDIGO POSTAL			

AUTORIZACIÓN:
<p>Autorizo a DSHS a utilizar mi información confidencial para planificar, proveer y coordinar servicios, tratamientos, pagos y beneficios para mí o para otros propósitos autorizados por la ley. Asimismo, otorgo mi consentimiento a DSHS y a las agencias, proveedores o individuos consignados abajo, a utilizar mi información confidencial y a divulgarla para tal fin. La información pudiera ser compartida verbalmente o por transferencia electrónica de tal, por correo postal o personalmente.</p> <p><u>Marque a continuación a quiénes se incluyen en esta autorización además de DSHS, e identifíquelos por su nombre y domicilio:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de atención a la salud: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de atención de salud mental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Proveedores de servicios de dependencia química: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otros proveedores contratados por DSHS: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Programas de vivienda: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Distritos escolares o universidades: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento correccional: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Seguridad de Empleo y sus asociados: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Administración del Seguro Social u otra agencia federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ver lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

<p>Autorizo y consiento a que se compartan los siguientes datos e información (marque los que se aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Todos mis datos como cliente</p> <p><input type="checkbox"/> Datos en la lista adjunta</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo los siguientes datos</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Información sobre pagos</td> <td><input type="checkbox"/> Evaluaciones individuales</td> <td><input type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo	<input type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado	<input type="checkbox"/> Información sobre pagos	<input type="checkbox"/> Evaluaciones individuales	<input type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación
<input type="checkbox"/> Historial familiar, social y de empleo	<input type="checkbox"/> Información sobre atención a la salud	<input type="checkbox"/> Planes de tratamiento o cuidado				
<input type="checkbox"/> Información sobre pagos	<input type="checkbox"/> Evaluaciones individuales	<input type="checkbox"/> Escuela, educación y capacitación				

<p>Tenga en cuenta: Si sus datos como cliente incluyen alguno de los siguientes, usted también debe completar esta sección para incluir esos datos.</p> <p>Doy mi consentimiento para divulgar los siguientes datos (marque los que se aplican):</p> <p><input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> VIH/SIDA y resultados de pruebas, diagnóstico o tratamientos de enfermedades de transmisión sexual (STD)</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de trastorno de consumo de sustancias (42 CFR Parte 2)</p>
--

- Este consentimiento es válido por un año mientras DSHS necesite los datos, o hasta _____ (fecha o evento).
- Puedo revocar o cancelar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, pero esto no afectará la información ya compartida.
- Comprendo que los datos compartidos bajo este consentimiento podrían no estar protegidos bajo las leyes que competen a DSHS.
- Una copia de este formulario es válida para autorizar a compartir los datos.

FIRMA	FECHA	FIRMA DEL CONTACTO DE LA AGENCIA /TESTIGO	FECHA
FIRMA DEL PADRE/MADRE O DE OTRO REPRESENTANTE (DE SER APLICABLE)		NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)	FECHA

<p>Si no soy el titular de los datos, estoy autorizado a firmar porque soy el: (adjunte evidencia de autoridad)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián legal (adjuntar orden judicial) <input type="checkbox"/> Representante personal <input type="checkbox"/> Otro:</p>

AVISO AL DESTINATARIO DE LA INFORMACIÓN: Si estos datos contienen información sobre VIH, enfermedades de transmisión sexual o SIDA, usted no puede divulgar la información sin el expreso consentimiento del cliente. Si recibe información relacionada con abuso de drogas o alcohol por parte del cliente, usted debe incluir la siguiente declaración cuando divulgue la información según lo requiere 42 CFR 2.32: Esta información le ha sido proporcionada de datos protegidos por regulaciones federales en materia de confidencialidad (42 CFR sección 2). Las regulaciones federales le prohíben divulgar esta información a menos que lo autorice expresamente, por escrito, la persona a quien le pertenece o que de otra manera esté permitido por la regulación 42 CFR sección 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales limitan el uso de la información para investigar o procesar penalmente el uso de alcohol o drogas por parte de un paciente.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Propósito: Use este formulario cuando necesite autorización para utilizar información confidencial de un cliente de DSHS de manera regular o para compartir esa información con otras agencias para coordinar servicios, tratamientos, pagos u operaciones de la agencia o para otros propósitos reconocidos legalmente. La palabra cliente se refiere a personas que reciben beneficios o servicios por parte de DSHS.

Utilización: Llene este formulario a máquina, de ser posible, para una mejor lectura. **Se deben usar diferentes formularios para cada persona, así como para los niños.** La palabra "usted" en las instrucciones se refiere al empleado de DSHS y la palabra "usted" en el formulario se refiere al cliente. Compartir datos incluye el uso y la divulgación de información confidencial de un cliente.

Secciones del formulario:

IDENTIFICACIÓN:

- **Nombre:** Suministre sólo el nombre de un cliente por formulario. Incluya todo nombre anterior que el cliente haya usado al recibir los servicios.
- **Fecha de nacimiento:** Necesaria para distinguir al cliente de personas con nombres similares.
- **Número de identificación:** Suministre el número de identificación del cliente u otra identificación como el número de seguro social (no se requiere) para poder identificar los datos, el historial y los servicios recibidos.
- **Domicilio y número telefónico:** Información adicional que ayudará a ubicar, identificar o contactar al cliente.
- **Otro:** Ingrese en esta casilla toda información adicional que pudiera ayudar a localizar los datos que incluyan participación de DSHS a través de servicios; nombre de familiares u otra información relevante.

CONSENTIMIENTO (AUTORIZACIÓN):

- **Agencias o individuos intercambiando datos:** El hecho de que el cliente llene este formulario permite usar y compartir información confidencial en el ámbito de DSHS. DSHS podrá divulgar y recibir información confidencial de agencias externas o de las personas indicadas. Suministre información que identifique a las agencias o proveedores, incluyendo nombre, domicilio o localidad si fuera posible. Asimismo, puede adjuntar una lista de agencias autorizadas a compartir información que el cliente también debe firmar.
- **Información incluida:** Los clientes deben indicar qué datos contempla la autorización. Los clientes pueden poner a disposición todos los datos o limitarlos por fecha, clase o fuente. Si el cliente no firma una autorización o no especifica un dato en particular, compartir tal dato todavía será válido si la ley lo permite. Usted puede adjuntar una lista de los datos cubiertos que el cliente también debe firmar. Si alguno de los datos incluye información relacionada con la salud mental (RCW 71.05.620); VIH/SIDA; pruebas o tratamientos para enfermedades de transmisión sexual (RCW 70.02.220) o servicios para drogadicción y alcoholismo (42 CFR 2.31(a)(5)), el cliente debe marcar estas áreas específicamente para autorizar la divulgación de estos datos. Este formulario no es válido para incluir datos de psicoterapia bajo la regulación 45 CFR 164.508(b)(3)(ii) y se debe llenar un formulario por separado para incluir estos datos.
- **Duración:** Incluya una fecha de caducidad para la autorización que satisfaga los propósitos de su programa o según lo permita la ley.
- **Comprensión:** Asegúrese de que el cliente comprenda el tipo de autorización que está concediendo y cómo y por qué motivo se compartirá la información. Si fuera necesario, utilice un formulario traducido y un intérprete o lea el formulario en voz alta. Si el cliente necesita más información, proporcione una copia adicional del Aviso sobre Prácticas de Privacidad de DSHS o derive al cliente al oficial de divulgación pública correspondiente a su unidad.

FIRMAS:

- **Cliente:** Haga que el cliente o el menor que cuenta con la edad requerida para conceder la autorización (13 años para salud mental y servicios de drogadicción y alcoholismo; 14 años para VIH/SIDA y otra enfermedad de transmisión sexual; cualquier edad para el control de natalidad o abortos; 18 años para atención a la salud y otros datos) firme este casillero y coloque la fecha en que se firmó. El cliente podría sustituir una marca en este casillero, señalándolo a usted como testigo.
- **Contacto de la agencia o testigo:** Usted firmará en el casillero si usted es quien presenta y explica el formulario al cliente. Por favor incluya su número telefónico. Si el cliente firmará el formulario fuera de la oficina, indíquele que debe hacer que un testigo firme en este casillero y que proporcione un número telefónico. Un notario público pudiera servir como testigo de la firma del cliente.
- **Padre/madre u otro representante:** Si el menor no cuenta con la edad requerida para la autorización, uno de los padres o el guardián debe firmar. Si el menor no cuenta con la edad requerida para que todos los datos se compartan, tanto el menor como el padre deben firmar. Si el cliente fue declarado legalmente incompetente, el guardián asignado judicialmente debe firmar y proporcionar una copia de la orden de asignación. Si alguien está firmando en otra condición (incluyendo una persona con un poder o un representante patrimonial), marque "otro" y obtenga una copia de la autoridad legal para actuar. La persona que firma debe colocar la fecha en que firmó y proporcionar un número telefónico o información de contacto.