**AUTORIZACIÓN PARA EL USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN UNIFORME DEL COMMONWEALTH DE VIRGINIA**

Entiendo que las diferentes agencias brindan servicios y beneficios diferentes. Cada agencia debe tener información específica para proporcionar servicios y beneficios. Mediante la firma de este formulario, permito a las agencias usar e intercambiar cierta información sobre mí, incluyendo información de una base de datos electrónica, de manera que sea más fácil para ellos trabajar de forma conjunta y eficiente a fin de brindar o coordinar dichos servicios o beneficios.

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , estoy firmando este formulario por

*(NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA O PERSONAS QUE AUTORIZAN EN LETRA DE MOLDE)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA EN LETRA DE MOLDE)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(DIRECCIÓN DE LA PERSONA) (FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA) (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA - OPCIONAL)*

Mi relación con la persona es: □ Yo Mismo □Padre □Poder Legal □Tutor

□Otro Representante Autorizado Legalmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deseo que la siguiente información confidencial sobre la persona sea intercambiada:

Sí No Sí No Sí No

□ □ Información de Evaluación □ □ Diagnóstico Médico □ □ Registros Educativos

□ □ Información Financiera □ □ Diagnóstico de Salud Mental □ □ Registros Psiquiátricos

□ □ Beneficios/Servicios Necesitados, □ □ Registro Médico □ □ Antecedentes Penales

□ □ Planificados, y/o Recibidos □ □ Registro Psicológico □ □ Registros de Empleo

□ □ Registros de Abuso de Sustancias □ □ Todo lo anterior

Otra Información (por escrito):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Deseo que \_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA QUE REMITE Y LA PERSONA DE CONTACTO EN LA AGENCIA) y las siguientes entidades puedan usar e intercambiar esta información entre sí:

Sí No Identificar Por Nombre

* □Herramientas No Puerta Errónea/SeniorNavigator Agencias locales para personas mayores
* □ Depto. de Servicios de Asistencia Médica Centros de vida independiente
* □ DMHMRSAS Juntas de Servicios Comunitarios
* □ DRS Local/Regional Depto. de Servicios Sociales
* □ Depto. para Ciegos y Discapacidad Visual \_\_\_\_\_ Agencias de Salud en el Hogar
* □ Depto. para Sordos y Problemas Audición Hospicios

Hospitales

Otro: Departamentos Locales de Salud

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asilos

Médicos

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Deseo que esta información sea intercambiada SOLO para el siguiente propósito o propósitos:**

□ Coordinación de Servicio y Planificación del Tratamiento □ Determinación de Elegibilidad

□ Otro:

**Deseo que esta información sea compartida a través del siguiente medio:** (marque todas las que correspondan)

* Información por Escrito □ En Reuniones o Por Teléfono □ Datos en Computadora □ Fax

Deseo compartir información adicional recibida una vez que esta autorización esté firmada: □ Sí □ No

**Esta autorización queda efectiva:**

*(FECHA)*

Esta autorización es válida hasta: □ Mi caso de servicio esté cerrado. □ Otro:

Según la política de No Puerta Errónea esta autorización es válida por un año desde la fecha de la firma, a menos que la persona o su representante autorizado especifiquen una fecha de expiración, evento o condición que ocurra antes de un año desde la fecha de la firma.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puedo retirar esta autorización en cualquier momento informando a la agencia que remite. Las agencias listadas deben dejar de compartir información luego de saber que mi autorización ha sido retirada. Tengo el derecho a saber qué información sobre mí ha sido compartida, y por qué, cuándo, y con quién fue compartida. Si lo pido, cada agencia me mostrará esta información. Deseo que todas las agencias acepten una copia de este formulario como autorización válida para compartir información. Si no firmo este formulario, la información no será compartida y tendré que contactar a cada agencia individualmente para brindar la información sobre mí que sea necesaria. Sin embargo, entiendo que el tratamiento y servicio no pueden quedar condicionados a si firmo esta autorización. Existe la posibilidad que la información divulgada de acuerdo con esta autorización sea re-divulgada por el receptor y no quede sujeta a la Regla de Privacidad HIPAA.

Firma(s): Fecha:

*(PERSONA O PERSONAS QUE AUTORIZA)*

Persona que Explica el Formulario:

*(Nombre) (Dirección) (Número de Teléfono)*

Testigo (Si es Necesario):

*(Firma) (Dirección) (Número de Teléfono)*

**COMMONWEALTH DE VIRGINIA**

**AUTORIZACIÓN UNIFORME PARA EL USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN**

Nombre Completo en Letra de Molde de la Persona:

**PARA USO SOLO DE LA AGENCIA**

**LA AUTORIZACIÓN HA SIDO:**

* Revocada en forma completa
* Revocada parcialmente de la siguiente manera:

**LA NOTIFICACIÓN QUE LA AUTORIZACIÓN HA SIDO REVOCADA FUE POR:**

* Carta (Adjuntar Copia) □ Teléfono □ En Persona

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE DE LA AGENCIA QUE RECIBE LA SOLICITUD:**

*(NOMBRE COMPLETO Y TÍTULO DEL REPRESENTANTE DE LA AGENCIA)*

*(DIRECCIÓN DE LA AGENCIA) (NÚMERO DE TELÉFONO)*