

## AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE REGISTROS DE RSA (Incluyendo los Registros Cubiertos por HIPAA)

Yo, la persona o el representante legal que firma a continuación, por la presente le autorizo a la Administración de Servicios de Rehabilitación (RSA por sus siglas en inglés) el uso o divulgación de información confidencial del cliente con respecto a:

Nombre \_\_\_\_\_

También conocido como (alias) / Apellido de soltera \_\_\_\_\_

Dirección (Núm., Calle) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la autorización \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

La información puede ser divulgada y usada por el siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_

Dirección (Núm., Calle) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

Método de entrega solicitado:      Correo      Verbal      Recoger      Correo electrónico      Fax

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Relación con el cliente de RSA \_\_\_\_\_

La(s) fecha(s) de servicio y el(los) tipo(s) de información a usarse o divulgarse son lo siguiente:

Notas del caso de RSA

Antecedentes médicos

Evaluación de la capacidad funcional

Evaluación vocacional

Notas de progreso del proveedor

Evaluación psicológica / neuropsicológica

Otro

Otro

Todos los expedientes de RSA

**El propósito de la divulgación o uso es:**

- El control de los estatutos federales y estatales limita la divulgación de información confidencial del cliente por parte de la RSA. Yo comprendo que al firmar esta autorización, autorizo la divulgación de información confidencial al destinatario nombrado.
- La RSA puede estar en posesión de una fuente de información secundaria que prohíbe volverse a divulgar. Esta información puede ser solicitada de la fuente original por medio del cliente.
- Los informes y evaluaciones generados por la RSA están destinados con el propósito exclusivo de planear y administrar a un programa de rehabilitación individualizado.
- La RSA no aceptará responsabilidad por el uso de esta información de ninguna otra manera que no sea la prevista y autorizada por el cliente.
- La información confidencial del cliente no podrá ser usada por el destinatario para propósitos no establecidos en esta autorización.
- El destinatario no puede divulgar la información confidencial del cliente a otros.
- Sin fecha de vencimiento o condición especificada, esta autorización se vencerá a un año de la fecha que fue establecida.
- Yo entiendo que excepto a la extensión que la declaración autorizada ha sido actuada sobre previo al recibo de cualquier revocación, yo puedo revocar esta autorización a cualquier tiempo por escrito al RSA.
- Yo entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización firmada si la solicito.
- Los padres o el tutor legal tiene que firmar esta autorización si el solicitante/cliente de la RSA es un menor (menor de los 18 años).

Firma del solicitante o cliente del RSA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre o representante legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si es firmada por el representante legal, indique su relación a la persona y proporcione documentación adecuada para verificar su autoridad.

Padre                  Tutor                  Poder de Abogado                  Otro: \_\_\_\_\_

Se tiene que proporcionar una copia de este formulario llenado, fechado y firmado al representante legal en nombre de la persona.

---

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con RSA 1-800-563-1221; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.