

## Divulgación de Información de RSA (Incluyendo los registros cubiertos por HIPAA)

Nombre del Solicitante/Cliente de la Administración de Servicios de Rehabilitación (RSA):

\_\_\_\_\_

Alias (conocido también como) / Apellido de Soltera: \_\_\_\_\_

Dirección (No., Calle): \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Yo, el abajo firmante solicitante/cliente de RSA o su tutor legal, autorizo a la RSA a divulgar información confidencial del solicitante/cliente a (seleccione uno):**

Persona: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_ Atención: \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante/Cliente de RSA: \_\_\_\_\_

Dirección (No., Calle): \_\_\_\_\_

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

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

La información será divulgada por: Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Correo Fax

Recoger Comunicación Verbal **Fecha de Vencimiento de esta Autorización:** \_\_\_\_\_

### Registros RSA a Divulgar

**Instrucciones:** Complete esta sección para autorizar la divulgación de los registros RSA del solicitante/cliente a la persona u organización identificada anteriormente. La RSA no puede volver a divulgar ninguna información de fuente secundaria. **La información que se divulgará es la siguiente (incluya la(s) fecha(s) si aplica):**

Notas del Caso de RSA: \_\_\_\_\_

Elegibilidad para el Programa: \_\_\_\_\_

Plan Individualizado de Empleo (IPE): \_\_\_\_\_

Evaluación(es) Médica(s): \_\_\_\_\_

Evaluación(es) de la Capacidad Funcional: \_\_\_\_\_

Evaluación(es) Vocacional(es): \_\_\_\_\_

Evaluación(es) Psicológica(s)/Neuropsicológica(s): \_\_\_\_\_

Notas de Progreso del Proveedor de Servicios de RSA: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**El propósito de esta divulgación es:**

\_\_\_\_\_

## Participación en los Procedimientos del Programa RSA

**Instrucciones:** Complete esta sección si desea que la persona identificada anteriormente participe en los procedimientos del programa del solicitante/cliente y reciba comunicaciones verbales de RSA, sin ninguna capacidad de actuación, en nombre del solicitante/cliente. **La persona identificada puede (seleccione todas las que correspondan):**

Participar en procedimientos, como reuniones relacionadas a mi caso, y brindar apoyo sin la autoridad para actuar en nombre del solicitante/cliente.

Contactar a la RSA para recibir actualizaciones sobre el progreso de mi caso por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o comunicación en persona.

## Autorización

- El control de los estatutos federales y estatales limita la divulgación de información confidencial del cliente por parte de RSA .
- El padre o tutor legal debe firmar esta autorización si el solicitante/cliente de RSA es menor de edad (menor de 18 años) o tiene un tutor legal designado por el tribunal.
- RSA puede poseer información de fuentes secundarias que tiene prohibido volver a publicar. Esta información puede solicitarse a la fuente original a través del cliente.
- Los informes y evaluaciones generados por RSA tienen el único propósito de planificar y administrar un programa de rehabilitación individualizado.
- 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 puede ser utilizada por el destinatario para fines no establecidos en esta autorización.
- El destinatario no puede divulgar información confidencial del cliente a otros.
- Si no se especifica una fecha o condición de vencimiento, esta autorización se vencerá un año después de la fecha de esta autorización.
- Entiendo que al firmar esta divulgación autorizo la divulgación de mi información confidencial al destinatario nombrado.
- Entiendo que, excepto en la medida en que se haya actuado sobre la divulgación autorizada antes de que la RSA reciba cualquier revocación, puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la RSA.
- Entiendo que se me puede proporcionar una copia de esta autorización firmada, bajo mi solicitud.

Firma del Solicitante/Cliente de RSA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre del Menor o Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si está firmado por el tutor legal, indique su relación con la persona y proporcione la documentación adecuada para verificar su autoridad.

Padre del Menor      Tutor Legal      Otro: \_\_\_\_\_

Se debe entregar una copia de este formulario completo, firmado y fechado al Tutor Legal en nombre de la persona.