

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.