

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN Y REGISTROS**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social (#SS)** \_\_\_\_\_

Entiendo que al ayudar a mi familia y a mí, para obtener los servicios que necesitamos, es posible que el Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) y otros empleados del personal de la agencia necesiten compartir información y registros para proveer o verificar la elegibilidad para estos servicios. Firmando este formulario, doy permiso al personal de DCBS o de otra agencia autorizada a actuar en nombre de DCBS, para que obtengan cualquier información necesaria para ver si soy elegible para cualquier programa de ayuda. También doy permiso a DCBS y a las siguientes agencias o personas listadas abajo para que compartan información y registros sobre los servicios, beneficios o tratamientos proporcionados a mí y a mi familia:

Nombre de agencia o individuo	Nombre de agencia o individuo	Nombre de agencia o individuo

Mi consentimiento incluye la siguiente información y registros (favor de escribir las iniciales de su nombre al lado de cada punto marcado que usted autoriza):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historiales médicos y de salud física (no VIH ni SIDA)  | <input checked="" type="checkbox"/> Registros de vivienda                                 |
| <input type="checkbox"/> Historial psiquiátrico y de salud del comportamiento (no historial de paciente de abuso de drogas o alcohol ni notas de psicoterapia) | <input checked="" type="checkbox"/> Registros de residencia                               |
| <input type="checkbox"/> Historial psicosocial   | <input checked="" type="checkbox"/> Registros de manutención infantil / sustento conyugal |
| <input type="checkbox"/> Resultados de exámenes psicológicos   | <input checked="" type="checkbox"/> Registros del programa SNAP                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Registros de cuidado infantil  | <input checked="" type="checkbox"/> Registros de K-TAP                                    |
| <input type="checkbox"/> Expedientes escolares del estudiante  | <input checked="" type="checkbox"/> Registros de Medicaid                                 |
| <input type="checkbox"/> Registros de centros de largo plazo y cuidado alternativo   | <input type="checkbox"/> Registros de Servicios de Protección a Menores                   |
| <input type="checkbox"/> Declaración de estatus legal y custodia   | <input type="checkbox"/> Registros de Servicios de Protección a Adultos                   |
| <input type="checkbox"/> Registros de salud y cuidados en el hogar   | <input checked="" type="checkbox"/> Historial financiero                                  |
| <input type="checkbox"/> Registros de centros de abuso conyugal y de violación sexual  | <input checked="" type="checkbox"/> Historial de empleo                                   |
| <input type="checkbox"/> Registros de proveedor de programa de adultos mayores   | <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| <input type="checkbox"/> Registros de refugio para personas sin hogar  |   |
| <input type="checkbox"/> Registros de la corte   |   |

Este consentimiento aplica a los siguientes miembros de mi familia por quienes tengo la autoridad legal de consentir:

Nombre del miembro	#SS	Relación	Nombre del miembro	#SS	Relación
	- -			- -	
	- -			- -	
	- -			- -	
	- -			- -	

Entiendo que:

- Esta autorización será vigente por un período de \_\_\_\_\_ 12 meses \_\_\_\_\_ (que no excede 12 meses) a partir de la fecha en que es firmada.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, por escrito, a menos que ya se haya tomado una acción basada en mi consentimiento.
- DCBS no hará que el recibo de este formulario sea una condición para el tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad para beneficios. Firmar este formulario es voluntario, pero no firmarlo, o revocarlo antes de que la información necesaria se obtenga, podría prevenir una respuesta precisa u oportuna y podría tener como resultado la negación o la pérdida de beneficios.
- La información puede ser revelada a las otras Divisiones de DCBS para ayudar en obtener los servicios pedidos.
- La información revelada a DCBS puede ya no ser protegida por las disposiciones sobre la privacidad de la información de salud de 45 CFR Partes 160 y 164 conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés).
- La información puede ser revelada de nuevo por DCBS sin mi consentimiento si es autorizado por las leyes estatales o federales tales como la Ley de Privacidad o 42 CFR Parte 2 o para cumplir con las leyes sobre la notificación obligatoria de sospecha de abuso, negligencia o explotación, o una evaluación de que existe un peligro de daño grave a sí mismo o a otros.
- He recibido una copia de este formulario. También puedo pedir una copia de la información retenida con este.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
 Cliente  Padre  Guardián legal  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
 Cliente  Padre  Esposo(a)  Guardián legal  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Firma del Testigo** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_  
 Trabajador(a) de DCBS (especifique el área del programa) \_\_\_\_\_  Otro empleado de la agencia (especifique) \_\_\_\_\_