**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Cliente:** |  | **ID de Caso FSFN:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  | **Número de Seguro Social:** |  |

Por la presente se otorga permiso a Communities Connected for Kids para (☐) divulgar y/o (☐) solicitar información que incluya información médica, psiquiátrica, psicológica, de drogas, alcohol, VIH y SIDA contenida en los registros médicos del cliente mencionado anteriormente.

Nombre de la persona, agencia u organización a la que se debe (☐) divulgar la información y/o de quien (☐) se debe solicitar/obtener información:

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

(Nombre de la persona, agencia u organización) (Dirección, Teléfono/Fax)

El propósito de divulgar esta información es:

La información específica que se publicará es:

Fechas específicas de servicios sobre las que se solicita información:

Esta autorización deberá cumplir con las regulaciones federales (42 CFR Parte 2) y con todas las leyes, reglas y regulaciones estatales y locales aplicables. La prestación de servicios no depende de la decisión del cliente/representante con respecto a la divulgación de información. Al cliente/representante se le ha dado la oportunidad de discutir los posibles beneficios y desventajas de divulgar la información. Esta autorización se otorga libre y voluntariamente.

Cualquier divulgación de información sobre salud mental y abuso de sustancias debe realizarse de conformidad con la F.S.A. §455.667, FSA §397.501(7), 42 U.S.C. §290dd-2, 42 C.F.R. Parte 2 y 45 C.F.R. §164.508. Sólo las personas o agencias especificadas anteriormente recibirán esta información. Existen otras restricciones especiales que se aplican a la divulgación de información relacionada, entre otras, con la notificación de VIH (F.S.A. §39.201) y el abuso de personas mayores o discapacitadas (F.S.A. §415.1034). Tiene derecho a inspeccionar y/o copiar información protegida de salud que se utilizará o divulgará según lo dispuesto en 45 C.F.R. §164.524.

PROHIBICIÓN DE REDVULGACIÓN: Esta información ha sido divulgada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida. Las reglas federales y estatales prohíben que cualquier persona haga más revelaciones de esta información a menos que el cliente proporcione una autorización escrita específica para la revelación posterior de esta información o según lo permita 42 C.F.R. Parte 2 o F.S.A. §394.4615. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier cliente que abuse del alcohol o las drogas (42 C.F.R. 2.32). La ley de Florida exige que cualquier persona, agencia o entidad que reciba esta información la mantenga como confidencial y exenta de las disposiciones de las leyes de registros públicos (F.S.A. §394.4615(6)). Cualquier centro o profesional de salud mental privado que actúe de buena fe al divulgar información de conformidad con la F.S.A. §394.4615 u otro Estatuto de Florida no está sujeto a responsabilidad civil o penal por dicha divulgación.

Entiendo que esta autorización para la divulgación de información entrará en vigor en la fecha de la firma y expirará un año a partir de la fecha de la firma o en el momento en que concluyan los servicios si es antes de un año. También entiendo que puedo revocar este consentimiento o autorización en cualquier momento, siempre que notifique al programa por escrito a tal efecto. Entiendo que la revocación no tiene efecto sobre las acciones tomadas previamente y entiendo que Communities Connected for Kids no será responsable de ninguna información divulgada antes de mi revocación. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada a través de la autorización esté potencialmente sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no esté protegida por el código federal. Entiendo que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios son contingente o no a la autorización.

Por la presente libero a Communities Connected for Kids y sus empleados de toda responsabilidad que pueda surgir de la divulgación de información según lo he indicado.

(Firma del cliente adulto o padre/tutor de un menor) (Fecha)

(Firma del testigo) (Fecha)