



**ESTADO DE RHODE ISLAND AND PROVIDENCE PLANTATIONS  
DEPARTAMENTO DE SALUD CONDUCTUAL,  
DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO Y HOSPITALES**

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

1. Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Escriba en letra de imprenta el nombre, el apellido y la fecha de nacimiento de la persona a quien se le solicita la información)

2. Por medio de la presente autorizo la divulgación de la siguiente información: (marque todas las opciones que correspondan)
- Orden médica       Servicios Sociales/Antecedentes       Formularios de continuidad de la atención       Informes de terapias \_\_\_\_\_  
 Notas médicas sobre la evolución       Informes de laboratorio       Plan de atención       Historias de facturación/financieras  
 Resumen del alta       Historial y físico       Expedientes de la escuela/ educativos       Expedientes psicológicos/cognitivos  
 Notas de enfermería       Informes de consultas       Expedientes vocacionales
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

3. En la medida que corresponda, comprendo que mi expediente puede contener información que la ley considera delicada. La(s) opción(es) marcada(s) abajo indica(n) que NO permito la divulgación de la información de este tipo, si esta existiera.

- Uso excesivo alcohol o drogas, dependencia, diagnóstico, tratamiento y referencia\*  
 Resultados de pruebas de VIH, información relacionada con sida, diagnóstico de complejo relacionado con el sida y/o tratamiento  
 Diagnósticos y/o tratamientos relacionados con otras enfermedades transmisibles  
 Diagnósticos de salud mental, tratamiento, referencia

\* Esta información se le ha revelado a usted a partir de sus expedientes protegidos por normas federales de confidencialidad (42 C.F.R., parte 2). Las normas federales le prohíben divulgar esta información a otros a menos que la persona a la que hacen referencia haya permitido expresamente por escrito dicha divulgación o que lo permita 42 C.F.R., parte 2.

4. Se puede obtener mi información de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la organización)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y teléfono del contacto)

5. Se puede divulgar mi información a:

La División de Discapacidad del Desarrollo  
(Nombre de la organización)  
6 Harrington Road, Simpson Hall, 1<sup>st</sup> Floor  
(Dirección)  
Cranston, RI 02920  
(Ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre y teléfono del contact)

6. Esta autorización es para la información correspondiente al período especificado abajo:

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

7. Para solicitar los servicios de la División de Discapacidad del Desarrollo  
(Indique la necesidad o la finalidad específica que exige la divulgación de la información)

8. La información divulgada de conformidad con esta autorización podrá ser divulgada posteriormente por el destinatario y en ese caso ya no estará protegida por las normas federales de privacidad. MHRH no podrá condicionar la dispensación de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan médico o la idoneidad para recibir beneficios dependiendo de que se efectúe una autorización. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, y que dicha revocación entrará en vigencia, excepto en la medida en que el Departamento de Salud Mental, Retardo y Hospitales (MHRH) ya haya emprendido acciones basándose en mi autorización.

**Comprendo que es si esta autorización no se ha revocado, vencerá dentro de seis meses a partir de la fecha en la que la firme. Mis instrucciones para revocar mi autorización deberán enviarse a:**

**The Division of Developmental Disabilities, 6 Harrington Rd, Simpson Hall 1<sup>st</sup> fl, Cranston, RI 02920**

9. Firma de la persona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

10. Firma del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<p><b>Solo para uso de la oficina:</b> Información divulgada: S N      Fecha de la divulgación _____  Integrante del personal que divulga la información: _____</p>
---