

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE NO ES DE SALUD

NOTIFICACIÓN: **NO USE** EL FORMULARIO AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD. USE EL FORMULARIO DOC-1163A

INDIVIDUO/AGENCIA QUE ESTÁ SIENDO AUTORIZADO DE DIVULGAR LA INFORMACIÓN/EXPEDIENTE(S)

NOMBRE DEL INDIVIDUO / AGENCIA		NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN/EXPEDIENTE(S) ACERCA DEL SUJETO

NOMBRE	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN / DE DOC	FECHA DE NACIMIENTO	
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN/EXPEDIENTE(S) PUEDEN SER DIVULGADOS A

NOMBRE DEL INDIVIDUO / AGENCIA		NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE FAX
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN ESPECÍFICA AUTORIZADA PARA SER DIVULGADA

INSTRUCCIONES: Marque todos los que aplican

Expediente de Servicios Sociales de la Institución (Use el DOC-1163A para divulgación de información relacionada a terapia/consejería provista por un(a) Trabajador(a) Social o cualquier otra información de salud.)

Legal

Expediente de la División Correccional Comunitaria (Use el DOC-1163A para la divulgación de cualquier información de salud.)

Divulgación de Dos-vías Al marcar esta casilla yo autorizo al individuo/agencia nombrado en esta autorización, para que DIVULGUEN DEL UNO AL OTRO, solo la información que está en la lista de este formulario en las categorías de abajo. Yo autorizo que se lleve a cabo este intercambio de información con regularidad por el periodo de tiempo de esta autorización.

Yo entiendo que la información que estoy autorizando para ser divulgada puede tener Información de Identificación Personal (PII) así como fecha de nacimiento completa, número de licencia de conducir, número del ID del estado o número del seguro social.

Marque la(s) categoría(s) y sub-categorías de información autorizada para ser divulgada.

EDUCACIÓN

Identifique el periodo de tiempo de los expedientes: _____

- Información/Expedientes regulares de educación (incluyendo registros de asistencia) Información/Expedientes SPED Ej., IEP, MMPI, M-Team, etc. Créditos de Secundaria Acciones Disciplinarias
- Transcripciones de Escuela Secundaria Puntajes de GED o HSED Transcripciones de escuela vocacional/técnica o de universidad
- Otro: _____

Propósito: Ayudar en hacer plan educacional/vocacional Otro: _____

Propósito: Para completar el PSI

EMPLEO

Identifique el periodo de tiempo de los expedientes: _____

- Periodo(s) de empleo Evaluaciones de desempeño de trabajo Asistencia al trabajo Deberes y título

Propósito: Para asistir en plan de carrera Otro _____

Propósito: Para completar el PSI

Continua

OTRO

Identifique el periodo de tiempo de los expedientes:

Tipo(s) de información/expediente(s):

Propósito:

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN

Firmando la Autorización – No estoy bajo ninguna obligación legal de firmar esta autorización. Si lo hago, yo tengo el derecho de recibir una copia.

Información de AODA – Mi información/expediente(s) educacionales pueden tener información sobre el abuso de alcohol y de drogas. Si es así, yo debo firmar el DOC-1163A o esa información será redactada antes que la información/expediente de educación sea divulgada.

La Re-divulgación de Información/Expedientes de Educación – Si yo autorizo la divulgación de información/expediente de educación a un individuo o agencia cubiertos por leyes estatales o federales que prohíben la re-divulgación, la persona que los recibe no puede re-divulgar la información/expedientes sin tener un formulario firmado por mí autorizando la divulgación, una orden judicial u otra autorización específica bajo la ley. Sin embargo, si yo consiento a divulgar información/expediente(s) de educación a individuos/agencia que no están cubiertos por leyes estatales o federales que prohíben la re-divulgación, mi información/expediente(s) personal(es) no permanecerán confidenciales.

Derecho a Inspeccionar y/o Copiar Información/Expedientes de Educación – Yo tengo el derecho a inspeccionar y copiar mis expedientes de educación así como lo permite la s. 118.125 Wis. Stats. Me pueden cobrar tarifas razonables por copias.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

PONGA SU INICIAL SOLO EN UNA (Requerido)

Autorización expira el: _____, (Fecha)

Autorización expira el: _____, mes(es) de la fecha en que firmé esta autorización.

Autorización expira después que la siguiente acción toma lugar:

Autorización expira al haber un cambio sustancial en el estado del sistema de justicia criminal (Ej., es liberado de prisión.)

Si no tiene fecha o el evento, esta Autorización expira a un año de la fecha de la firma.

Yo he leído o me han leído los contenidos de esta autorización. Y he tenido la oportunidad de discutir y de hacer preguntas. Al firmar esta autorización, yo estoy confirmando que refleja con exactitud mis deseos sobre la divulgación de mi información confidencial.

FIRMA DEL INDIVIDUO QUE ES SUJETO DEL EXPEDIENTE		FECHA DE LA FIRMA
FIRMA DE OTRA PERSONA QUE ESTÁ LEGALMENTE AUTORIZADA A CONSENTIR A LA DIVULGACIÓN (Si es que aplica)	TITULO O PARENTESCO AL INDIVIDUO QUE ES EL SUJETO DEL EXPEDIENTE	FECHA DE LA FIRMA

FAX OR PHOTOCOPY MAY BE TREATED AS ORIGINAL

DISTRIBUTION: Original- Individual/Agency authorized to release Information/Record(s); Copy-Offender/Other Person Signing Release; Official Record-Appropriate Offender Education/Legal, Right Side/Social Service File, Left Side