

## Autorización

### DIVULGAR LOS REGISTROS DE LA DCYF ACERCA DE:

NOMBRE PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	NOMBRES ANTERIORES
DIRECCIÓN POSTAL			CIUDAD
		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

**Si no soy la persona a la que se refieren los registros, tengo autorización para firmar dado que soy:** (anexar evidencia de las facultades)

Padre/madre del menor    
  Tutor legal    
  Representante personal    
  Abogado    
  Otro:

**Aviso a quienes reciben la información: Si estos registros contienen información sobre VIH, ETS o abuso del alcohol o de drogas, las leyes federales y estatales estipulan que usted no puede divulgar esta información sin el permiso específico del sujeto y sólo después de cumplir con requisitos legales específicos.**

### PERMITO LA DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS A:

NOMBRE APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PUESTO / RELACIÓN
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O NEGOCIO, SI APLICA			
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO
			CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE FAX (INCLUIR EL CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN (NO OBLIGATORIO)			

### AUTORIZACIÓN:

**FUENTES:** Autorizo a los siguientes programas del DCYF a divulgar o dar acceso a información confidencial referente a mí de la manera que se describe a continuación. Esta información puede ser proporcionada verbalmente o a través de una transferencia de datos por computadora, por correo, por fax o entregada en mano.

Servicios de Protección al Niño    
  Adopción    
  Licencia para hogar suplente    
  Aprendizaje temprano  
 Rehabilitación de Menores    
 ESA    
 Otra : \_\_\_\_\_

**REGISTROS:** Autorizo la divulgación de los siguientes registros del DCYF:

Registros como cliente conservados por las dependencias del DCYF arriba señaladas    
 Todos mis registros de cliente  
 Otros registros confidenciales conservados por las dependencias del DCYF arriba señaladas    
 Registros de la lista adjunta  
 Información personal en registros laborales    
 Solamente los siguientes registros:

Quiero limitar los registros que pueden ser divulgados del siguiente modo (por fecha, tipo de registro, etc.):

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Si sus registros como cliente u otros registros confidenciales incluyen cualquiera de los datos siguientes, debe llenar también la sección siguiente para permitir la inclusión de estos registros:

**REGISTROS ESPECIALES:** Otorgo mi permiso para divulgar la siguiente información conservada en registros del DCYF (marque todas las aplicables):

Registros de resultados de análisis, diagnóstico y tratamiento de VIH/sida y ETS (RCW 70.02.220)  
 Registros de salud mental (RCW 70.02.230 o 240)  
 Registros de Dependencia Química (CD, por sus siglas en inglés) (42 CFR Parte 2)

- Este permiso es válido por 180 días o  hasta el \_\_\_\_\_ (fecha o evento, si no se señala, será por 180 días).
- Puedo revocar o cancelar mi permiso por escrito en cualquier momento, pero eso no afectará la información ya entregada.
- Entiendo que mis registros podrían ya no estar protegidos por las leyes que apliquen al DCYF después de haber sido entregados.
- Una copia de este formulario es válida para otorgar mi permiso para divulgar registros. El DCYF puede cobrar por la entrega de copias de sus registros.

<b>AUTORIZADO POR (FIRMA)</b>	RELACIÓN/PUESTO	FECHA DE LA FIRMA
-------------------------------	-----------------	-------------------

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**Propósito:** Debe usar este formulario cuando desea que el DCYF pueda divulgar información confidencial referente a usted a otra persona (incluyendo a un abogado, legislador o familiar). Usted puede otorgar su permiso para divulgar todos los registros confidenciales que tiene el DCYF referentes a usted, o puede limitar su permiso a registros específicos o a dependencias específicas de la agencia. Este formulario también permitirá que el DCYF hable verbalmente sobre su situación con la persona que usted autorice.

**Aviso a clientes:** La mayoría de la información que tiene el DCYF sobre sus clientes es confidencial y no será divulgada a otros a menos que usted otorgue su permiso o que la divulgación sea permitida por la ley. Después de que el DCYF divulgue su información confidencial, recuerde que el receptor podría no proteger sus registros bajo las mismas leyes que rigen al DCYF. El DCYF no puede negarle beneficios por no firmar este formulario para permitir divulgaciones al DCYF, a menos que su autorización sea necesaria para determinar su elegibilidad. Para obtener más información sobre cómo las dependencias de servicios de salud del DCYF que son regidas por la ley HIPAA comparten la información médica protegida y sobre sus derechos de privacidad, consulte el Aviso de prácticas de privacidad del DCYF en [www.DCYF.wa.gov](http://www.DCYF.wa.gov) o pregunte a la persona que le dio este formulario. Puede obtener una copia de este formulario.

**Costo:** La ley de registros públicos de RCW 42.56.120 y WAC 388-01-080 permite al DCYF cobrar por copias de registros y costos de envío. Los hospitales estatales e instituciones de cuidado de la salud pueden cobrar por los registros de los pacientes en los términos del Capítulo 70.02 RCW.

**Uso:** Puede llenar este formulario de manera electrónica o a mano. Use la tecla "Tab" de la computadora para moverse de un campo a otro. **Debe llenar un formulario separado por cada persona cuyos registros se soliciten, incluyendo a los menores de edad.** "Usted" se refiere al sujeto de los registros. **Partes del formulario:**

### **IDENTIFICACIÓN DEL SUJETO DE LOS REGISTROS:**

- **Nombre:** Escriba su nombre completo o el nombre de la persona cuyos registros se solicita, si es que actúa en representación de alguien más
- **Fecha de nacimiento:** Incluya esta información, que es necesaria para distinguirlo de personas con nombres similares.

### **PERSONA QUE RECIBE LOS REGISTROS:**

- **Identificación:** Llène esta sección de la manera más completa posible para que podamos contactar a la persona u organización que tendrá acceso a su información confidencial.
- **Motivo de la divulgación:** Esta información es necesaria antes de que el DCYF pueda compartir registros sobre drogas y alcohol y sobre salud mental. Si no llena este campo, el DCYF registrará que el motivo de la divulgación es por solicitud de usted.

### **AUTORIZACIÓN:**

- **Dependencias del DCYF:** Marque las dependencias del DCYF que desee que divulguen registros, o bien marque la casilla inferior de esta sección si quiere otorgar acceso a todos los registros que el DCYF tenga sobre usted. Escriba el nombre del programa en "Otro" si no aparece en la lista.
- **Información divulgada:** Indique los registros que desea divulgar. Puede permitir la divulgación de todos sus registros como cliente y otros registros confidenciales referentes a usted del DCYF, o bien de algunos de ellos. También puede limitar la divulgación a los registros como cliente conservados por las dependencias marcadas en la sección anterior, o a los registros específicos mencionados en este formulario o en un anexo firmado por usted. Si hay limitaciones a los registros que desea que se divulguen, enumere los registros específicos o describa los límites, por ejemplo, por fecha del servicio o por tipo de registro.
- **Registros restringidos:** Si alguno de los registros incluye información sobre pruebas o tratamientos de VIH/sida o ETS, tratamientos de salud mental, o servicios para drogas y alcohol, debe marcar cada elemento para permitir al DCYF que divulgue estos registros. Necesita llenar un formulario por separado para autorizar la divulgación de notas de psicoterapia (45 CFR 164.508(b) (3) (ii)).
- **Validez:** Este formulario tiene validez para otorgar acceso a información conservada actualmente por el DCYF. Su permiso expira 180 días después de la firma, o en cualquier otra fecha o evento que usted proporcione. Si no proporciona una fecha, la autorización tendrá validez por 180 días. Usted puede revocar por escrito la autorización para divulgar registros en cualquier momento, pero será demasiado tarde para retirar información que ya ha sido entregada.

### **FIRMAS**

- **Si usted es el sujeto de los registros,** firme y escriba su nombre con letra de molde abajo. Escriba la fecha en la que firmó, y su teléfono o número de contacto.
- **Si firma en nombre de otra persona,** indique en el último renglón por qué puede hacerlo y anexe una copia de la orden del tribunal o de otro documento que le otorgue la autoridad legal. Los menores también deben firmar para otorgar permiso para divulgar sus propios registros confidenciales si son mayores a la edad de consentimiento (**13 años para salud mental y servicios por drogas y alcohol; 14 años para información sobre VIH/sida y otras ETS; cualquier edad para anticonceptivos y abortos; 18 años para registros de salud y de otros tipos**).

**AVISO PARA EL DCYF:** Si estos registros contienen información sobre VIH o enfermedades de transmisión sexual, el DCYF debe notificar a los receptores que la información es confidencial y que no pueden divulgar los registros sin una autorización específica como lo requiere RCW 70.02.300. Si el DCYF envía copias de registros referentes a servicios por drogas o alcohol de acuerdo a esta autorización, el DCYF debe incluir la siguiente declaración al divulgar información, como lo requiere 42 CFR 2.32:

Esta información ha sido divulgada a usted desde registros protegidos por las leyes de confidencialidad federales (42 CFR parte 2). Las Leyes federales le prohíben divulgar a su vez esta información a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento escrito de la persona a la que le pertenece o que de otra manera esté permitido por 42 CFR parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito. Las leyes federales restringen cualquier uso de esta información para investigaciones criminales o para llevar a juicio a cualquier paciente que consuma drogas o alcohol.