

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTREGA DE INFORMACIÓN E HISTORIAL

Nombre _____ **#SS (Número de Seguro Social)** _____

Entiendo que para ayudar a mi familia y a mí a obtener los servicios que necesitamos, es posible que el Departamento de Servicios Basados en la Comunidad (DCBS, por sus siglas en inglés) y otras personas del personal de la agencia necesiten compartir información e historiales para proveer o verificar elegibilidad para estos servicios. Firmando este formulario, doy permiso al personal de DCBS o de otra agencia autorizada a actuar en nombre de DCBS, que obtengan cualquier información necesitada para ver si soy elegible para cualquier programa de asistencia. También doy permiso a DCBS y a las siguientes agencias o personas listadas abajo para que compartan información e historiales sobre los servicios, beneficios o tratamiento proveídos 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 sus iniciales al lado de cada punto marcado al que da su consentimiento):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Historiales Médicos y de Salud Física (no VIH ni SIDA) | <input 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 type="checkbox"/> Registros de Residencia |
| <input type="checkbox"/> Historial Psicosocial | <input type="checkbox"/> Registros de Sustento Infantil / Sustento Conyugal |
| <input type="checkbox"/> Resultados de Exámenes Psicológicos | <input type="checkbox"/> Registros de Cupones para Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Registros de Cuidado Infantil | <input type="checkbox"/> Registros de K-TAP |
| <input type="checkbox"/> Registros de Estudiante de Escuela | <input 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 Cuidado y Salud en el Hogar | <input type="checkbox"/> Historial Financiero |
| <input type="checkbox"/> Registros de Centros de Abuso Familiar y de Violación Sexual | <input 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	Parentesco	Nombre del Miembro	#SS	Parentesco
	- -			- -	
	- -			- -	
	- -			- -	
	- -			- -	

Entiendo que:

- Esta autorización será vigente por un período de _____ (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 ha tomado acción basada en mi consentimiento.
- DCBS no hará que el recibo de este formulario sea condición del 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.
- Información puede ser revelada a las otras Divisiones de DCBS para ayudar en obtener los servicios pedidos.
- 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).
- 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 el reportar obligatorio del abuso, negligencia o explotación sospechados, o una evaluación de que hay peligro de daño serio a sí mismo o a otros.
- He recibido una copia de este formulario. También puedo pedir una copia de la información retenida consigo.

Firma _____ **Fecha** _____
 Cliente Padre Guardián Legal Otro (especifique) _____

Firma _____ **Fecha** _____
 Cliente Padre Espos(a) Guardián Legal Otro (especifique) _____

Firma de Testigo _____ **Fecha** _____

Trabajador(a) de DCBS (especifique área de programa) _____ Personal de otra agencia (especifique) _____