

**Autorización para divulgar información  
incluso información médica protegida  
para un envío a otra agencia u organización**

**Sección I**

Nombre	Núm. de caso
--------	--------------

**Sección II – Debe llenarla la persona**

Autorizo a \_\_\_\_\_ para divulgar mi información a las personas o agencias designadas en Anexo A con el fin de acelerar el envío y los servicios de coordinación.

Marque una de las siguientes opciones:

- Puede divulgar toda la información personal que tiene de mí.
- Divulgue sólo la siguiente información:

\_\_\_\_\_

Yo  autorizo  no autorizo que se divulgue mi información médica relacionada con el:  VIH/SIDA  
 Tratamiento del abuso de alcohol y drogas

A menos que esta autorización se revoque antes, se vencerá (escriba la fecha, actividad o condición): \_\_\_\_\_  
Fecha en que caduca, actividad o condición

\_\_\_\_\_ Firma de la persona o representante autorizado      \_\_\_\_\_ Fecha

Si usted firma en nombre de la persona, describa qué autorización tiene para actuar en su nombre: \_\_\_\_\_  
Autorización del representante personal

**Nota:** si la persona que pide la divulgación de información no puede firmar su nombre, dos testigos de su marca (X) tienen que firmar a continuación. Se puede aceptar la firma de un solo testigo en caso de no ser posible obtener la firma de dos.

\_\_\_\_\_ Firma del testigo      \_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Firma del testigo      \_\_\_\_\_ Fecha

**Sección III**

**Aviso para la persona:**

una vez que usted autorice la divulgación de su información médica, excepto la información relacionada con el tratamiento del abuso de alcohol y drogas, posiblemente las leyes de privacidad médica ya no protejan esa información, y quizás la persona o entidad que la reciba no esté bajo ninguna obligación legal de mantenerla confidencial.

Usted puede retirar el permiso que haya dado para usar o divulgar información médica que lo identifique, a menos que ya se haya tomado alguna acción de acuerdo con su permiso. Si quiere retirar el permiso, tiene que hacerlo por escrito.

Con algunas excepciones, usted tiene el derecho de saber qué información obtienen sobre usted los departamentos del gobierno estatal y de pedir dicha información. Si desea recibir y estudiar la información, tiene el derecho de solicitarla. También tiene el derecho de pedir a un departamento del gobierno estatal que corrija cualquier información incorrecta (§§552.021, 552.023, 559.004 del Código Gubernamental). Si quiere que un departamento del gobierno estatal corrija información incorrecta sobre usted, por favor, comuníquese con ese departamento del gobierno.

### Anexo A

Divulgue mi información a las siguientes personas o departamentos (marque todas las opciones que sean pertinentes; escriba el nombre de las personas o agencias adicionales):

**Divulgación general**

**Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas**

**Oficina de servicios regionales y locales  
(nombre)** \_\_\_\_\_

**Agencia del Área para Adultos  
Mayores (nombre)** \_\_\_\_\_

**Autoridad local (nombre)** \_\_\_\_\_

**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas**

**Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas**

**Departamento de Servicios Auxiliares y de Rehabilitación**

**Comisión de la Fuerza Laboral de Texas**

**Departamento de Vivienda y Asuntos Comunitarios de Texas**

**Administración de Seguro Social**

**Otro tipo (por favor, explique a continuación)**

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