



Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Autorización para la Divulgación de Información e Información Protegida de Salud en virtud de la ley HIPAA AL Departamento de Servicios Infantiles y Notificación de Divulgación

Esta información se refiere a la persona cuya información se divulga.

Nombre: Apellido		Nombre		Segundo	
Otros nombres legales					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Seguro Social		Fec. de Nac.		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Número de Teléfono:	<i>Teléfono móvil</i>		<i>Teléfono de casa</i>		<i>Teléfono del trabajo</i>
La fecha de vencimiento de este formulario es:		Fecha que no debe exceder un año a partir de la fecha de firma de este formulario.			

Nombre del proveedor/escuela/entidad que divulga información al DCS:

Tipo de información solicitada (marque SOLO una opción) *Debe escribir a mano/tippear la información específica que se solicita:*

- Expedientes académicos, incluyendo registro académico, GED, TCAP, Educación Especial.
Información específica solicitada:
- Expedientes de tratamiento de salud psicológica/psiquiátrica/mental, expedientes de tratamiento por abuso de alcohol/drogas/sustancias y los resultados de alguna prueba relacionada. *No se aplica a los empleados o voluntarios.*
Información específica solicitada:
- Expedientes médicos, incluyendo exámenes, pruebas de laboratorio y tratamientos prescritos. *No se aplica a los empleados o voluntarios.*
Información específica solicitada:
- Consultas de antecedentes penales, incluyendo resultados del polígrafo y huellas dactilares.
Información específica solicitada:
- Expedientes de empleo.
Información específica solicitada:
- Finanzas personales/historial crediticio/expedientes de seguros (en su caso).
Información específica solicitada:
- Otro.
Información específica solicitada:

Propósito de la divulgación solicitada:
 Marque todo lo que corresponda: Programar/acceder a servicios Investigación de CPS Caso del tribunal de menores
 Otro: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

O

Firma de Representante Autorizado*: _____ **Fecha:** _____

* Representante autorizado significa que usted tiene pruebas legales de que puede actuar en nombre de esta persona.

Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.

Distribution: Original Child's case File



A. AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE DCS

Yo, _____ por la presente autorizo la divulgación de la información especificada en la página 1A,

a cualquier representante del Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee en posesión de esta divulgación, o una copia de la misma, incluyendo cualquier información considerada confidencial. Por la presente, le instruyo como persona o agencia a divulgar esta información a petición de dicho representante. Esta divulgación se realiza con pleno conocimiento y comprensión de que la información divulgada es para el uso oficial del Departamento de Servicios Infantiles. El no otorgar acceso a la información solicitada puede resultar en una orden judicial para la información.

Entiendo que hay leyes y regulaciones que protegen la confidencialidad de cierta información escrita y oral, tales como: Título 33 del Código Anotado de Tennessee; la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y sus regulaciones en el Código de Regulaciones Federales (CFR) 45, Partes 160 y 164; y la Ley Federal de Confidencialidad de Expedientes sobre Abuso de Alcohol y Sustancias y sus regulaciones en el CFR 42, Parte 2. Mi firma indica que he recibido una copia de esta autorización. Por la presente, solicito y autorizo la divulgación de los expedientes o información que se especifica en la página 1A de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero no afectará las divulgaciones ya realizadas en base a esta autorización. Esta autorización entra en vigor en la fecha de mi firma.

Autorización de HIPAA para la Divulgación de Información Protegida de Salud:

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud individualmente identificable, tal como se describió anteriormente. Entiendo lo siguiente: (1) Esta autorización es voluntaria. (2) Si la persona o la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención de salud, la información divulgada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. (3) Mi capacidad de recibir atención de salud, la elegibilidad para atención de salud, o el pago por mi atención de salud, no se verán afectados si no firmo este formulario. (4) Puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si la solicito, y puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo. (5) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la persona/organización por escrito; pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre todas las acciones tomadas antes de recibir la revocación. (6) Toda divulgación hecha en base a esta autorización antes de recibir la revocación de la divulgación no constituirá una violación de la ley HIPAA o mis derechos de confidencialidad.

He leído esta sección. _____ O Alguien me ha leído esta sección. _____
Iniciales **Iniciales**

Si la persona que es el sujeto de la información solicitada es un menor de 18 años, los padres o el tutor legal del menor deben firmar esta autorización. **EXCEPCIÓN:** La divulgación de expedientes bajo la categoría número 2 para un joven de 16 años o mayor, requiere la firma de esa persona. Los jóvenes deben firmar la divulgación de expedientes bajo las categorías 2 y 3, independientemente de la edad, si el joven autorizó la atención de salud, en lugar del padre, tutor o custodio.

Se requiere una firma:

Nombre en Letra de Imprenta *Firma* *Fecha*

O

Nombre de Representante Autorizado (En letra de Imprenta) *Firma de Representante Autorizado* *Fecha*

Relación del Firmante con el cliente y autoridad para divulgar información confidencial	<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Tutor legal*
	<input type="checkbox"/> Cuidador*	<input type="checkbox"/> Representante Personal en virtud de la HIPAA*	<input type="checkbox"/> Otre*, especifique:

*Se debe proporcionar un comprobante de autoridad para divulgar información, como una orden judicial o una carta poder.

Nombre de Testigo (en letra de Imprenta) **Firma del testigo** **Fecha**

Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.

Distribution: Original Child's case File





Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee
Autorización para la Divulgación de Información e Información Protegida de Salud en virtud de la ley HIPAA DEL Departamento de Servicios Infantiles y Notificación de Divulgación

Esta información se refiere a la persona cuya información se divulga.

Nombre: Apellido		Nombre		Segundo	
Otros nombres legales					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Seguro Social		Fec. de Nac.		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Números de Teléfono: <i>Teléfono móvil</i>	<i>Teléfono</i>		<i>Teléfono de casa</i>		<i>Teléfono del trabajo</i>
La fecha de vencimiento de este formulario es:		Fecha que no debe exceder un año a partir de la fecha de firma en este formulario.			

Nombre del proveedor/escuela/entidad que divulga información DES DCS:

Tipo de información solicitada (marque SOLO una opción) *Debe escribir a mano la información específica que se solicita:*

- Expedientes académicos, incluyendo registro académico, GED, TCAP, Educación Especial.
Información específica solicitada:
- Expedientes de tratamiento de salud psicológica/psiquiátrica/mental, expedientes de tratamiento por abuso de alcohol/drogas/sustancias y los resultados de alguna prueba relacionada. *No se aplica a los empleados o voluntarios.*
Información específica solicitada:
- Expedientes médicos, incluyendo exámenes, pruebas de laboratorio y tratamientos prescritos. *No se aplica a los empleados o voluntarios.*
Información específica solicitada:
- Consultas de antecedentes penales, incluyendo resultados del polígrafo y huellas dactilares.
Información específica solicitada:
- Expedientes de empleo.
Información específica solicitada:
- Finanzas personales/historial crediticio/expedientes de seguros (en su caso).
Información específica solicitada:
- Otro.
Información específica solicitada:

Propósito de la divulgación solicitada:
 Marque todo lo que corresponda: Programar/acceder a servicios Investigación de CPS Caso del tribunal de menores
 Otro:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma de Representante Autorizado*: _____ **Fecha:** _____

* Representante autorizado significa que usted tiene pruebas legales de que puede actuar en nombre de esta persona.

Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.

Distribution: Original Child's case File



B. AUTORIZACIÓN PARA QUE EL DCS DIVULGUE INFORMACIÓN

Yo, _____ por la presente autorizo al Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee a divulgar la información especificada en la página 1B, a la persona/entidad especificada en la página 1B.

Entiendo que hay leyes y regulaciones que protegen la confidencialidad de cierta información escrita y oral, tales como: Título 33 del Código Anotado de Tennessee; la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA) de 1996 y sus regulaciones en el Código de Regulaciones Federales (CFR) 45, Partes 160 y 164; y la Ley Federal de Confidencialidad de Expedientes sobre Abuso de Alcohol y Sustancias y sus regulaciones en el CFR 42, Parte 2. Mi firma indica que he recibido una copia de esta autorización. Por la presente, solicito y autorizo la divulgación de los expedientes o información que se especifica en la página 1B de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero no afectará las divulgaciones ya realizadas en base a esta autorización. Esta autorización entra en vigor en la fecha de mi firma.

Autorización de HIPAA para la Divulgación de Información Protegida de Salud:

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud individualmente identificable, tal como se describió anteriormente. Entiendo lo siguiente: (1) Esta autorización es voluntaria. (2) Si la persona o la organización autorizada para recibir la información no es un plan de salud o proveedor de atención de salud, la información divulgada podría ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad. (3) Mi capacidad de recibir atención de salud, la elegibilidad para atención de salud, o el pago por mi atención de salud, no se verán afectados si no firmo este formulario. (4) Puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si la solicito, y puedo obtener una copia de este formulario después de firmarlo. (5) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando a la persona/organización por escrito; pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre todas las acciones tomadas antes de recibir la revocación. (6) Toda divulgación hecha en base a esta autorización antes de recibir la revocación de la divulgación no constituirá una violación de la ley HIPAA o mis derechos de confidencialidad.

He leído esta sección. _____ O Alguien me ha leído esta sección. _____
Iniciales **Iniciales**

Si la persona que es el sujeto de la información solicitada es un menor de 18 años, los padres o el tutor legal del menor deben firmar esta autorización. **EXCEPCIÓN:** La divulgación de expedientes bajo la categoría número 2 para un joven de 16 años o mayor, requiere la firma de esa persona. Los jóvenes deben firmar la divulgación de expedientes bajo las categorías 2 y 3, independientemente de la edad, si el joven autorizó la atención de salud, en lugar del padre, tutor o custodio.

Se requiere una firma:

Firma que autoriza *Nombre en letra de imprenta* *Fecha*

Firma del representante del cliente *Nombre del representante del cliente (en letra de imprenta)* *Fecha*

Relación del Firmante con el cliente y autoridad para divulgar información confidencial		<input type="checkbox"/> Yo mismo	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Tutor legal*
<input type="checkbox"/> Cuidador*	<input type="checkbox"/> Representante Personal en virtud de la HIPAA*	<input type="checkbox"/> Otre*, especifique:		

*Se debe proporcionar un comprobante de autoridad para divulgar información, como una orden judicial o una carta poder.

Firma del testigo **Nombre del testigo (en letra de imprenta)** **Fecha**

Check the "Forms" Webpage for the current version and disregard previous versions. This form may not be altered without prior approval.

Distribution: Original Child's case File

