

## AUTORIZACIÓN COMPARTIDA PARA USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DEL CONDADO DE ARLINGTON

Nombre legal de la persona:		Fecha:																																																																									
Fecha de nacimiento de la persona:		# SSN o ID del cliente (opcional):																																																																									
<p>Deseo que la información confidencial que se consigna a continuación sea compartida a fin de facilitar la prestación efectiva del servicio. Entiendo que se compartirá únicamente la información mínima necesaria con el personal que necesita conocerla. Comprendo también que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados por la firma de este formulario de autorización. (Marque todo lo que corresponda)</p>																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"><input type="checkbox"/> S</td> <td style="width: 5%;"><input type="checkbox"/> N</td> <td style="width: 40%;"><b>Todo lo siguiente</b></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Beneficios/servicios necesarios, planificados y/o recibidos</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Diagnósticos médicos, historial y registros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Participación en el programa y trabajador social</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Diagnósticos de salud mental, historial y registros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Demografía e información familiar</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Diagnósticos de uso de sustancias, historial y registros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Necesidades de manejo de crisis</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Historial/registros de empleo</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Información financiera</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Historial académico/registros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Información de alquiler/vivienda</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Historial de justicia penal/registros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Otro:</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Historial militar/registros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Otro:</td> <td><input type="checkbox"/> S</td> <td><input type="checkbox"/> N</td> <td>Otro:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<b>Todo lo siguiente</b>						<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Beneficios/servicios necesarios, planificados y/o recibidos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diagnósticos médicos, historial y registros			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Participación en el programa y trabajador social	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diagnósticos de salud mental, historial y registros			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Demografía e información familiar	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diagnósticos de uso de sustancias, historial y registros			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Necesidades de manejo de crisis	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial/registros de empleo			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Información financiera	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial académico/registros			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Información de alquiler/vivienda	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial de justicia penal/registros			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial militar/registros			<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Otro:		
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<b>Todo lo siguiente</b>																																																																									
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Beneficios/servicios necesarios, planificados y/o recibidos	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diagnósticos médicos, historial y registros																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Participación en el programa y trabajador social	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diagnósticos de salud mental, historial y registros																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Demografía e información familiar	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Diagnósticos de uso de sustancias, historial y registros																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Necesidades de manejo de crisis	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial/registros de empleo																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Información financiera	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial académico/registros																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Información de alquiler/vivienda	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial de justicia penal/registros																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Historial militar/registros																																																																						
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Otro:																																																																						
<p><b>Esta información puede</b>    <input type="checkbox"/> intercambiarse                      <input type="checkbox"/> divulgarse (solo enviada)</p>																																																																											
<p><b>Esta información puede compartirse de manera:</b>    <input type="checkbox"/> electrónica (e-mail/fax/web)    <input type="checkbox"/> escrita    <input type="checkbox"/> oral</p>																																																																											
<p><b>Esta información se puede compartir solo para los siguientes fines:</b></p>																																																																											
<p><input type="checkbox"/> Coordinación de servicios, derivación y tratamiento                      <input type="checkbox"/> Otro:</p>																																																																											
<p><b>Esta autorización es válida hasta:</b></p>																																																																											
<p><input type="checkbox"/> Fecha                      (dentro de 1 año de la firma)                      <input type="checkbox"/> Evento (describir)</p>																																																																											
<p><input type="checkbox"/> Se limita a una única divulgación – (explicar)</p>																																																																											
<p><b>Autorizo al personal de las entidades marcadas a continuación para que compartan información entre ellos tal como se especifica anteriormente, necesaria para la prestación efectiva de los servicios.</b></p>																																																																											
<b>Multi-servicio</b>		<b>Vivienda y refugio</b>																																																																									
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Departamento de Servicios Humanos del Condado de Arlington	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    A-SPAN (Red de asistencia a la gente en situación de calle de Arlington)																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Escuelas públicas del condado de	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    Volunteers of America																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Servicio familiar del norte de Virginia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    Bridges to Independence																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    AHC Inc.																																																																								
<b>Salud</b>		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N    Arlington Partnership for Affordable Housing																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Clínica gratuita de Arlington	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    Wesley Housing Development Corporation																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Centro pediátrico de Arlington	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    Wesley Property Management																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Salud barrial	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    S.L. Nusbaum Realty Company																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Centro hospitalario de Virginia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N    AHC Management																																																																								
<b>Necesidades básicas</b>		<b>Otro (especifique la organización a continuación))</b>																																																																									
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Arlington THRIVE	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	AFAC (Centro de Asistencia Alimentaria de Arlington)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																								
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Food For Others	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N																																																																								

Nombre legal de la persona:		Fecha:	
Fecha de nacimiento de la		# SSN o ID del cliente (opcional):	

Legal		Salud del comportamiento	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Just Neighbors	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Northern Virginia Mental Health Institute
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Offender Aid and Restoration	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Centro de Programa Residencial -Desintoxicación
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Programa de Acción para la Seguridad del Alcohol	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Community Residences
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Tribunal de Circuito del Condado de Arlington	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Fellowship Health Resources
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Tribunal de menores y relaciones domésticas de Arlington	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Recuperación temprana
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Libertad condicional y supervisada-Distrito 10	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Phoenix House
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Programa preventivo del sheriff del condado de Arlington	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Demeter House
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Tribunal de Distrito General del Condado de Fairfax	<b>Otros (especifique las organizaciones a continuación)</b>
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Oficina de Libertad Condicional de los EE. UU - Distrito Este de VA	
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	Friends of Guest House	
<b>Otros (especifique las organizaciones a continuación)</b>		<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

*Comprendo que mis registros están protegidos por las leyes y reglamentos de confidencialidad federales, estatales y/o locales y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y reglamentos dispongan lo contrario. Asimismo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito. La revocación no se aplicará a los registros ya provistos en virtud de la presente autorización.*

*Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad.*

*Reconozco que la información que se divulgará me fue explicada y que este consentimiento se presta por mi propia voluntad.*

**Firma de la autorización para la divulgación de la persona/sustituto de toma de decisiones (SDM):**

Firma de la persona:		Fecha:	
Firma del SDM's:		Fecha:	

Nombre de la persona que autoriza la divulgación (de no ser un cliente/persona)			
Persona que autoriza la divulgación:	<input type="checkbox"/> Padre del menor	<input type="checkbox"/> Tutor	<input type="checkbox"/> Poder (especificar el tipo) <input type="checkbox"/> Otro:

**Nombre, título y organización del personal que completó y explicó el formulario:**

			Departamento de Servicios Humanos del Condado de Arlington
Firma del personal que completó y explicó el formulario:		Fecha:	
Este formulario fue interpretado antes de la firma en:	<input type="checkbox"/> N.C.	<input type="checkbox"/> español	<input type="checkbox"/> otro: