

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>			
<p><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Todo lo siguiente</p>			
<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>Esta información puede <input type="checkbox"/> intercambiarse <input type="checkbox"/> divulgarse (solo enviada)</p>			
<p>Esta información puede compartirse de manera: <input type="checkbox"/> electrónica (e-mail/fax/web) <input type="checkbox"/> escrita <input type="checkbox"/> oral</p>			
<p>Esta información se puede compartir solo para los siguientes fines:</p>			
<input type="checkbox"/> Coordinación de servicios, derivación y tratamiento		<input type="checkbox"/> Otro:	
<p>Esta autorización es válida hasta:</p>			
<input type="checkbox"/> Fecha (dentro de 1 año de la firma)		<input type="checkbox"/> Evento (describir)	
<p><input type="checkbox"/> Se limita a una única divulgación – (explicar)</p>			
<p>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.</p>			
Multi-servicio		Vivienda y refugio	
<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.
Salud		<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
Necesidades básicas		Otro (especifique la organización a continuación))	
<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	Otros (especifique las organizaciones a continuación)
<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	
Otros (especifique las organizaciones a continuación)		<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:
--	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------