

## Autorización para divulgar la información confidencial

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Nombre del cliente) (Fecha De Nacimiento)

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Yo autorizo que el aquí inscrito, proveedor de servicios de salud, abogado, consejero, escuela, etc.,

**Brazos County Health Department**

(Individuo, médico, hospital, clínica, abogado, consejero, escuela, etc.)

**201 North Texas Ave, Bryan Tx 77803-5317**

(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

### Que divulgue la siguiente información confidencial:

Sí ( ) No ( ) Información del desarrollo. Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) El plan educacional. Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) Información financiera. Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) Información legal. Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) Información médica. Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) Información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) Reportes psicológicos. Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) Historial social. Indique información específica: \_\_\_\_\_

Sí ( ) No ( ) Otra información. Indique información específica: \_\_\_\_\_

### al siguiente individuo:

\_\_\_\_\_  
(Nombre o posición del individuo, de la organización, si acaso representa a alguna)

(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

**La información divulgada podría ser usada por el individuo o, por la organización que el individuo representa, para los propósitos siguientes:**

Yo entiendo y acepto que: 1) yo podría revocar por escrito esta autorización poniéndome en contacto con la oficina o programa de DSHS que obtuvo la autorización; 2) esta autorización no afectará el tratamiento, pago, inscripción o, la elegibilidad para los beneficios y; 3) la información que se divulgue como resultado de esta autorización podría divulgarse nuevamente de acuerdo a la ley.

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización se vencerá [fecha o evento] \_\_\_\_\_  
(si acaso no se declara fecha o evento, expira al año de la fecha en que fue firmada.)

Esta forma ( ) yo la leí ( ) se me leyó y, entiendo y acepto su significado. Todas las líneas en blanco fueron llenadas, antes de que yo firmara esta forma.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
(Escriba con letra de molde o con máquina de escribir el nombre de la persona autorizada para acceder a la divulgación de la información)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la persona autorizada)

(Dirección) (Número de teléfono) (Fecha)

### NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

