

**DEPARTAMENTO CORRECCIONAL DE LA FLORIDA  
 CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO E INSPECCIÓN DE DIVULGACIÓN  
 Y LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_  
 (Nombre, organización o designación general del programa realizando la divulgación)

a divulgar a \_\_\_\_\_  
 (Nombre de persona(s) u organización(es) y dirección a la cual se realizará la divulgación)

Propósito de la divulgación autorizada por este medio: \_\_\_\_\_

El suscrito, por este medio autoriza la inspección y divulgación de copias de mis expedientes médicos indicados abajo por el centro de salud/custodio de expedientes médicos mencionado anteriormente solamente a la(s) entidad(es) o personas o a sus agentes mencionados anteriormente. Indique todos los expedientes autorizados a ser inspeccionados/divulgados, **escribiendo sus iniciales en la(s) casilla(s) apropiada(s) a continuación:**

COLOQUE SUS INICIALES ABAJO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	
	A. Divulgación de todo expediente médico <u>exceptuando</u> : cualquier información que se relacione con exámenes de VIH, SIDA y síndromes relacionados con el SIDA; información psiquiátrica y psicológica; o información sobre mi tratamiento del abuso de alcohol y sustancias que esté relacionada con mi afección, atención médica y reclusión <b>(escriba sus iniciales en la casilla)</b> .
	B. Divulgación de cualquier expediente que se relacione con exámenes de VIH, SIDA y síndromes relacionados con el SIDA que se relacione con mi afección, atención médica y reclusión <b>(escriba sus iniciales en la casilla)</b> .
	C. Divulgación de cualquier expediente con información psiquiátrica y psicológica (expedientes de salud mental), aparte de las anotaciones de psicoterapia que se relacionen con mi afección, atención médica y reclusión <b>(escriba sus iniciales en la casilla)</b> .
	D. Divulgación de todo expediente dental relacionado con mi afección, atención médica y reclusión <b>(escriba sus iniciales en la casilla)</b> .
	E. Divulgación de cualquier expediente referente al tratamiento del abuso de alcohol y sustancias que se relacione con mi afección, atención médica y reclusión. Yo entiendo que mis expedientes están protegidos bajo las reglamentaciones federales que rigen <i>La Confidencialidad de Expedientes del Abuso de Alcohol y Drogas del Paciente</i> , 42 C.F.R Subcapítulo A, Parte 2, y no pueden ser divulgados sin mi permiso por escrito a menos que sea indicado de otra manera en las reglamentaciones. Para poder divulgar los expedientes de tratamiento del abuso de alcohol y/o sustancias, por favor declare la información específica que se pueda divulgar según lo establecido por 42 C.F.R. Subcapítulo A, Parte 2 <b>(escriba sus iniciales en la casilla)</b> :

Nombre de la información -- fechas de tratamiento/ programas, etc., si es posible

**NOTA: SI LAS ANOTACIONES DEL PROGRESO EN PSICOTERAPIA O ABUSO DE SUSTANCIAS CONSTITUYEN EL TEMA DE LA DIVULGACIÓN, OTROS EXPEDIENTES NO PUEDEN CONSTITUIR EL TEMA DE LA MISMA AUTORIZACIÓN. LA DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PROGRESO DE PSICOTERAPIA O ABUSO DE SUSTANCIAS ADEMÁS DE LOS EXPEDIENTES MENCIONADOS ANTERIORMENTE REQUERIRÁN UNA AUTORIZACIÓN POR SEPARADO (VER ABAJO).**

Yo entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y me rehúso a firmar no afectará mi acceso a tratamientos de cuidado de la salud, elegibilidad para beneficios o inscripción, o pago por o la cobertura de servicios. También entiendo que una vez que mi información de salud protegida sea divulgada conforme a esta autorización, puede ser utilizada y/o redivulgada por el que la reciba a menos que el que la reciba esté cubierto por ley que prohíba o limite su utilización y/o divulgación.

Yo entiendo que puedo revocar este permiso y autorización en cualquier momento, con tal que la revocación sea por escrito, exceptuando hasta el punto de acción que haya sido tomada basada en ello, y que en todo caso, este permiso y autorización estarán en vigencia por 90 días a menos que yo especifique un vencimiento diferente en el siguiente espacio:

\_\_\_\_\_  
 (Especificación de la fecha, evento o condición bajo la cual vence este permiso) (Por ejemplo, "fin de la prisión" o "fin de la supervisión", etc.)

En promoción de esta autorización, yo (nosotros) por este medio renuncio a todas las disposiciones de leyes y privilegios que se relacionen con las divulgaciones autorizadas por este medio. Yo reconozco el alcance de mi autorización de divulgación de los expedientes e información denotados en los párrafos A, B, C, D y E al **escribir mis iniciales** en la(s) casilla(s) apropiada(s) arriba.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE (Tutor o Representante Autorizado Estatutariamente, cuando sea requerido)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PROGRESO DE PSICOTERAPIA O ABUSO DE SUSTANCIAS**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_  
 (Nombre, organización o designación general del programa realizando la divulgación)

a divulgar a \_\_\_\_\_  
 (Nombre de persona(s) u organización(es) y dirección a la cual se realizará la divulgación)

Propósito de la divulgación autorizada por este medio: \_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO CORRECCIONAL DE LA FLORIDA  
 CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA EL USO E INSPECCIÓN DE DIVULGACIÓN  
 Y LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

El suscrito, por este medio autoriza la inspección y divulgación de copias de mis notas de progreso de psicoterapia y/o mis notas de progreso de abuso de sustancias indicados abajo por el centro de salud /custodio de expedientes médicos mencionado anteriormente solamente a la(s) entidad(es) o personas o a sus agentes mencionados anteriormente. Indique todos los expedientes autorizados a ser inspeccionados/divulgados, **escribiendo sus iniciales** en la(s) casilla(s) apropiada(s) a continuación:

COLOQUE SUS INICIALES ABAJO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN	
	A. Divulgar notas de progreso de psicoterapia ( <b>escriba sus iniciales en la casilla</b> ):
	B. Divulgar notas de progreso de abuso de sustancias ( <b>escriba sus iniciales en la casilla</b> ):

Nombre de la información -- fechas de tratamiento/ programas, etc., si es posible

Yo entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y me rehúso a firmar no afectará mi acceso a tratamientos de cuidado de la salud, elegibilidad para beneficios o inscripción, o pago por o la cobertura de servicios. También entiendo que una vez que mi información de salud protegida sea divulgada conforme a esta autorización, puede ser utilizada y/o redivulgada por el que la reciba a menos que el que la reciba esté cubierto por ley que prohíba o limite su utilización y/o divulgación.

Yo entiendo que puedo revocar este permiso y autorización en cualquier momento, con tal que la revocación sea por escrito, exceptuando hasta el punto de acción que haya sido tomada basada en ello, y que en todo caso, este permiso y autorización estarán en vigencia por 90 días a menos que yo especifique un vencimiento diferente en el siguiente espacio:

(Especificación de la fecha, evento o condición bajo la cual vence este permiso) (Por ejemplo, "fin de la prisión" o "fin de la supervisión", etc.)

En promoción de esta autorización, yo (nosotros) por este medio renuncio a todas las disposiciones de leyes y privilegios que se relacionen con las divulgaciones autorizadas por este medio. Yo reconozco el alcance de mi autorización de divulgación de los expedientes e información denotados en los párrafos A y B al **escribir mis iniciales** en la(s) casilla(s) apropiada(s) arriba.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL PACIENTE (o Pariente Cercano, Tutor o Representante Autorizado, cuando sea requerido)

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**THIS FORM IS REQUIRED TO BE NOTARIZED UNLESS WITNESSED BY A MEMBER OF THE FDC WORKFORCE.**

STATE OF \_\_\_\_\_  
 COUNTY OF \_\_\_\_\_

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_,  
 by \_\_\_\_\_ who is personally known to me or who has produced  
 \_\_\_\_\_ as identification.

\_\_\_\_\_  
 Notary Public Signature  
 Print, type, or stamp commissioned name of Notary Public  
 My Commission Expires:

SEAL

**ACUSO DE RECIBO DE COPIA DE LA(S) AUTORIZACIÓN(ES) FIRMADA(S)**

Nombre del Recluso/Infractor \_\_\_\_\_  
 DC# \_\_\_\_\_  
 R/S \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Institución/Oficina \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo \_\_\_\_\_  
 Firma del Testigo \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_