

Adult Career and Continuing Education Services-Vocational Rehabilitation (ACCES-VR)  
**Autorización para divulgar y/obtener información**

(Lea las instrucciones en la página dos antes de completar este formulario).

VR-22 (3/12)

NOMBRE DEL CONSUMIDOR		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMIDOR	
DOMICILIO DEL CONSUMIDOR [calle (número de apartamento o edificio, si corresponde), ciudad, estado, código postal]			
<p>Adult Career &amp; Continuing Education Services-Vocational Rehabilitation (ACCES-VR) tiene mi autorización para divulgar u obtener la información indicada en el punto 1 a continuación. Esta información puede contener informes sobre mi condición física o mental, registros escolares oficiales, hechos necesarios para determinar mis necesidades económicas u otra información que ACCES-VR necesite para determinar mi elegibilidad y para brindar servicios de rehabilitación vocacional. Entiendo que esta información será tratada de manera confidencial y privilegiada y sólo se utilizará con el fin de obtener los servicios ofrecidos a través de ACCES-VR.</p> <p>Puedo cambiar de opinión acerca de esta divulgación, mediante notificación por escrito a ACCES-VR, indicando que no deseo que se divulgue más información. Entiendo que la información divulgada según la presente autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará sujeta a los requisitos de privacidad de HIPAA. Esto no afectará las acciones ya tomadas con mi autorización.</p> <p>Mi autorización para divulgar u obtener información vence el día _____ o, a más tardar, un año desde la fecha de la firma, lo que ocurra primero.</p>			
1. <b>Evaluación psicológica con puntuaciones de CI más reciente</b> <b>Plan educativo personalizado (IEP, por sus siglas inglés) o 504 Plan</b>			
<b>Perfil de empleabilidad</b>			
<b>Plan de la carrera</b>			
<b>Resumen de salida del estudiante</b>			
<b>Evaluaciones de nivel 1, 2 y 3</b>			
2. ¿Quién divulga esta información? (Inserte el nombre completo de esta persona u organización)			
3. ¿Quién recibe esta información? (Inserte la información completa de esta persona)			
Nombre: .....			
Título: <b>Consejero de rehabilitación vocacional</b> .....			
Dirección: <b>NYS ACCES-VR (ingrese dirección específica)</b> .....			
4. ¿Por qué es necesaria esta información? <b>Para determinar la elegibilidad para los servicios de ACCES-VR y para asistir con la planificación vocacional.</b>			

He leído toda la información contenida en este formulario. Entiendo y estoy de acuerdo con lo que manifiesta.

\_\_\_\_\_  
**Firma del consumidor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre, madre o tutor (si es menor de 18 años)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

La presente divulgación cumple con todos los requisitos del Título 45 sección 164.508 del Código de Regulaciones Federales, que implementa HIPAA; Título 34 Parte 99 del Código de regulaciones federales, que implementa los Derechos educativos de la familia y la Ley de privacidad; y el Título 42 Parte 2 del Código de Regulaciones Federales que regula la confidencialidad de los registros de abuso de alcohol y drogas. El Formulario VES-540, *Prohibition on Redisclosure of Information Concerning Individuals with a Disability of Alcoholism or Substance Abuse*, debe adjuntarse a este formulario cuando sea necesario.

## **Autorización para divulgar/obtener información**

### **Instrucciones**

Este formulario *Autorización para divulgar/obtener información* se utilizará cuando ACCES-VR divulgue o solicite información. La totalidad de dicha información será tratada de manera confidencial y privilegiada y se utilizará únicamente para los fines de los servicios de ACCES-VR. La información que ACCES-VR pueda tener en sus registros, pero que haya sido obtenida a través de una divulgación de otro proveedor, puede restringirse para que no se siga divulgando.

Si en algún momento el consumidor desea terminar la presente divulgación, puede hacerlo mediante una notificación por escrito a ACCES-VR. Revocar la autorización para divulgar y/u obtener información confidencial no cubrirá retroactivamente ninguna información que ya haya sido divulgada u obtenida.

#### **Usted debe:**

- ser lo más específico y preciso posible;
- responder todas las preguntas;
- incluir una fecha específica en la cual termina la autorización;
- incluir los nombres de personas y títulos o el nombre de la organización que recibe o envía información; y
- marcar el VES-22 como nulo si el consumidor rescinde, por escrito, su autorización para divulgar/obtener más información.

**Casilla N° 1** Mencione la información exacta que se divulgará y/u obtendrá (por ejemplo, la evaluación médica del Dr. Díaz de fecha 16/01/94; Resumen educativo de fecha 05/10/95 de John Jay High School).

**Casilla N° 2** Indique el nombre y título (si se conoce) de la persona que divulga la información (por ejemplo, la señora Jean Jones, Asesora de rehabilitación vocacional; Dr. Browne, Psicólogo de la escuela).

**Casilla N° 3** Complete el nombre, el título y la dirección de la persona que recibe la información. Si un consejero de ACCES-VR envía el mismo documento a varios destinatarios (por ejemplo, un informe médico general a un especialista médico y a un empleado de admisión en una institución), se pueden incluir múltiples nombres, direcciones, y títulos en esa casilla. No es suficiente indicar que el informe se enviará a una institución o a un programa. ***Debe indicarse un individuo específico***, por lo que esa persona se convierte en responsable de la información confidencial.

**Casilla N° 4** Suministre un breve resumen que indique por qué se necesita la información.

***El consumidor o el padre/madre/tutor del mismo debe firmar y fechar el formulario en la parte inferior. Esta fecha fija el plazo para que la información pueda ser intercambiada en virtud del presente formulario de divulgación. Si se establecerá una fecha de caducidad diferente, la misma debe indicarse en el formulario.***

El State Education Department no discrimina en base a edad, color, religión, credo, discapacidad, estado civil, condición de veterano, origen nacional, raza, sexo, predisposición genética o estado de portador u orientación sexual en sus programas, servicios y actividades educativas. Las preguntas relacionadas con esta política de no discriminación deben dirigirse a la Department's Office for Diversity, Ethics and Access, Room 530, State Education Building, Albany, NY 12234.