



**Autorización para Obtener/Revelar Información (Incluida la Relativa al Tratamiento del Alcoholismo/Drogadicción y la Información sobre Salud Mental e Información Confidencial Relacionada con el VIH/SIDA) VR-22 (10/2023)**

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Número de identificación informado:</b>
<b>Dirección:</b>		

La Oficina de Servicios de Carreras para Adultos y Educación Continua - Rehabilitación Vocacional (ACCES-VR) tiene mi permiso para obtener o revelar información de/hacia las personas y/o entidades que se indican a continuación, entiendo que:

1. Esta autorización incluye la revelación de información relacionada con el tratamiento del alcoholismo y/o la drogadicción, el tratamiento de la salud mental y/o la información confidencial relacionada con el VIH y el SIDA (según lo indicado por mi(s) inicial(es) en el ítem #8).
2. Aunque autorizo que se revele información relacionada con el tratamiento contra el alcoholismo y/o la drogadicción, la salud mental y/o el VIH/SIDA, ACCES-VR tiene prohibido volver a revelar dicha información sin mi autorización, a menos que lo permita la legislación Federal o Estatal.
  - a. Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar mi información relacionada con el VIH/SIDA sin mi autorización.
  - b. Si sufro discriminación debido a la divulgación o revelación de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo ponerme en contacto con la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York llamando al (888) 392-3644, o con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York (si la autorización se llevó a cabo dentro de la ciudad de NY) llamando al (212) 416-0197.
3. Tengo derecho a revocar mi autorización en cualquier momento notificándolo por escrito a ACCES-VR. Entiendo que puedo revocar mi autorización en el futuro excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en esta autorización.
4. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria.

<b>5. Nombre y dirección del programa o entidad que revelará esta información:</b>		
<b>6. Nombre y dirección de la(s) persona(s) o entidad(es) a la(s) que se revelará esta información:</b>		
<b>7. Propósito por el cual se revelará esta información:</b>		
<b>8. A menos que sea revocada por mí, la información específica podrá ser revelada desde _____ hasta _____ (insertar fecha de inicio y fin, hasta un año)</b>		
<b>Para que se incluya lo siguiente, indique la información específica que se revelará y coloque sus iniciales a continuación.</b>		
	<b>Información a Revelar</b>	<b>Iniciales</b>
<input type="checkbox"/>	Registros del Programa de tratamiento de alcohol/drogas	
<input type="checkbox"/>	Historiales clínicos de los programas de salud mental	
<input type="checkbox"/>	Información relacionada con el VIH/SIDA	
<b>9.</b>	<b>Si no es la persona, indique el nombre de la persona que firma el formulario:</b>	<b>10. Identificar la relación de la autoridad que firma en nombre de la persona.</b>



Todos los ítems de este formulario han sido revisados y aprobados, mis preguntas sobre este formulario han sido revisadas y aceptadas y se me ha proporcionado una copia del formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona o del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

He discutido la ejecución y el propósito de esta autorización con la persona que firma arriba y confirmo que comprende la información que se divulgará.

\_\_\_\_\_  
Nombre y cargo del miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Tenga en cuenta que el formulario VR-540, Prohibición de Volver a Revelar la Información Relativa a personas con discapacidad por consumo de sustancias, debe adjuntarse a este formulario cuando ACCES-VR vaya a revelar información relativa a los registros de consumo de sustancias de la persona.***

**Prohibición de Volver a Revelar:** La información solicitada ha sido revelada de registros cuya confidencialidad está protegida por las Regulaciones Federales (42 CFR Parte 2) que prohíben una nueva revelación excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece. La confidencialidad de toda la información solicitada con esta autorización está protegida por 34 CFR 361.38. Esta autorización de revelación también cumple con 45 CFR 164.508