|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DEL ARCHIVO CONFIDENCIAL NO RELACIONADA A SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOTIFICACIÓN: NO USE PARA AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE ARCHIVOS DE SALUD PROTEGIDOS. USE EL FORMULARIO DOC-1163A** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INDIVIDUO/AGENCIA SIENDO AUTORIZADO A DIVULGAR EL ARCHIVO(S)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL INDIVIDUO / AGENCIA | | | | | | | | | | | NUMERO TELEFONICO | | | | | NUMERO DE FAX |
| DOMICILIO | | | | | | | | CIUDAD | | | | ESTADO | | | | CODIGO POSTAL |
| **ASUNTO DEL ARCHIVO(S)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | | | | | | | NUMERO/IDENTIFICACION DEL OFENSOR | | | | FECHA DE NACIMIENTO | | | | |
| DOMICILIO | | | | | | | | CIUDAD | | | | ESTADO | | | | CODIGO POSTAL |
| **ARCHIVO(S) QUE PUEDEN SER DIVULGADOS A** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL INDIVIDUO / AGENCIA | | | | | | | | | | | NUMERO TELEFONICO | | | | | NUMERO DE FAX |
| DOMICILIO | | | | | | | | DOMICILIO | | | | ESTADO | | | | CODIGO POSTAL |
| INFORMACION ESPECIFICA AUTORIZADA PARA SER DIVULGADA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Entiendo que la información que estoy autorizando para divulgar puede contener mi información de identificación personal (PII), como mi fecha de nacimiento completa, número de licencia de conducir, número de identificación del Departamento de Transporte de Wisconsin, número de Seguro Social u otra información personal como se define en Wis. Stat. § 134.98.**  **Entiendo que para la divulgación de mi información médica protegida (PHI), debo presentar un documento DOC-1163A firmado para la divulgación de cualquier información sobre mi salud/tratamiento, incluyendo el tratamiento por abuso de alcohol y otras drogas (AODA)/trastorno por uso de sustancias (SUD), información de salud mental u otra información de salud protegida, etc.**  **INSTRUCCIONES:** Marque todas Casillas que aplican | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADULTO - DIVISIÓN DE INSTITUCIONES PARA ADULTOS (DAI) Y DIVISIÓN DE CORRECCIONES COMUNITARIAS (DCC): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DAI – Archivo de Servicios Sociales de la Institución**: **(Use DOC-1163A para la divulgación de información relacionada a terapia/consejería provista por un(a) trabajador(a) de tratamiento de DOC o cualquier otra información de salud.)**  **DAI – Archivo Legal**  **DCC – Archivo del Caso del Cliente**  **Información del Archivo Juvenil incluida en los archivos de adultos del DOC** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Archivo(s) específico(s) autorizado para divulgar:** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Identifica el Período de Tiempo del Archivo –**  **Si no se indican fechas de inicio y finalización, solo se proporcionarán los registros pertinentes a los últimos 12 meses.** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| JUVENIL - DIVISIÓN DE CORRECCIONES DE JUVENILES (DJC): Archivos pertenecientes a un juvenil según lo permitido por Wis. Stat. § 938.78 (2) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Archivo del Caso del Establecimiento DJC  Archivo del Caso del Campo DJC | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Archivo(s) específico(s) autorizado para divulgar:** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Identifica el Período de Tiempo del Archivo –**  **Si no se indican fechas de inicio y finalización, solo se proporcionarán los registros pertinentes a los últimos 12 meses.** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **EDUCACION - Complete para el archivo educativo de estudiantes adultos y/o juveniles:  ADULTO  MENOR / JUVENIL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Información/archivo regular de educación (incluyendo información de asistencia) | | Información/archivo SPED Ejemplo: IEP, MMPI, M-Team, etc. | | | | | | | | Créditos de secundaria/preparatoria | | | | | Acciones disciplinarias | |
| Transcripciones de secundaria/preparatoria | | | | Puntaje de GED o HSED | | | | | Transcripciones de la escuela vocacional/técnica o del colegio | | | | | | | |
| Otro: |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Propósito para divulgar archivos educativos (Requeridos): | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Identifica el Período de Tiempo del Archivo –**  **Si no se indican fechas de inicio y finalización, solo se proporcionarán los registros pertinentes a los últimos 12 meses.** | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| OTRO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo(s) de información/archivo(s): | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Identifique el periodo de tiempo del archivo | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firmando la Autorización - No tengo ninguna obligación legal para firmar esta autorización. Si lo hago, tengo el derecho de recibir una copia.  Archivos de AODA/SUD – Mi archivo(s) pueden contener información sobre el uso de alcohol y drogas. Si este es el caso debo firmar el formulario DOC-1163A o dicha información será redactada antes que el archivo de la Información de Salud Protegida (PHI) sea divulgada.  Re-divulgación de Información/Archivo(s) de Educación – Si yo autorizo la divulgación de información/registro(s) de educación a un individuo o agencia que está cubierto por leyes federales o estatales que prohíben la re-divulgación, el recipiente no puede re-divulgar la información/Archivo(s) sin una autorización firmada por mi o con una orden judicial u cualquier otra autorización específica por ley. Sin embargo, si yo consiento a divulgar la información/Archivo(s) a un individuo/agencia que no está cubierto por leyes federales o estatales que prohíben la re-divulgación, mi información/Archivo(s) privado(s) no puede permanecer confidencial.  Derecho a Inspeccionar y/o Copiar Información/Archivo(s) – Yo tengo el derecho a inspeccionar y copiar mis archivos así como está permitido por lay ley estatal y federal. Me pueden cobrar costos razonables por las copias. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VENCIMIENTO DE AUTORIZACIÓN: FECHA/EVENTO | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Esta Autorización está vigente hasta la siguiente fecha o evento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Si no se ingresa una fecha/evento, esta Autorización se caduca un año después de la fecha de que se firmó.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **He leído o alguien me leyó el contenido de esta autorización. He tenido la oportunidad de discutir y hacer preguntas, y entiendo el propósito de la solicitud para recibir autorización. Al firmar esta autorización, estoy confirmando que refleja con exactitud mis deseos sobre la divulgación de mi información confidencial.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIGNATURE OF INDIVIDUAL WHO IS SUBJECT OF RECORD\*# / FIRMA DEL INDIVIDUO QUE ES EL ASUNTO DE LOS ARCHIVOS\*# | | | | | | | | | | | | | | DATE SIGNED1 / FECHA DE LA FIRMA | | | |
| SIGNATURE OF OTHER PERSON LEGALLY AUTHORIZED TO CONSENT TO DISCLOSURE (If Applicable)\*# | | | | | | TITULO O RELACION AL INDIVIDUO QUE ES ASUNTO DEL ARCHIVO | | | | | | | | DATE SIGNED2 / FECHA DE LA FIRMA | | | |

\*Archivos de Menores/Juveniles: La autorización debe especificar los archivos y la parte a la que se pueden divulgar los archivos. Debe estar firmado por el padre, guardián o guardián legal del menor que es el sujeto del registro, o el menor, si tiene 14 años de edad o más, según Wis. Stat. § 938.78(am).

Archivos Educativos/Estudiantiles: La autorización debe estar firmada y fechada por el padre, tutor o persona que actúa como padre en ausencia de un padre / guardián, o por un "estudiante elegible" (18 años de edad o mayor o menor de 18 y asistir a una institución postsecundaria). Debe especificar los archivos que se pueden divulgar, indicar el propósito de la divulgación e identificar la parte o clase de partes a quienes se puede divulgar, según 34 CFR § 99.30(b).