Autorización para revelar información confidencial

|  |
| --- |
| **Lea primeramente:** Antes de decidir si permite o no que [SASC name] comparta parte de su información confidencial con otra agencia o persona, un defensor de [SASC name] analizará con usted todas las alternativas y los posibles riesgos y beneficios que podrían resultar de compartir su información confidencial. Si usted decide que desea que [SASC name] revele parte de su información confidencial, puede utilizar este formulario para elegir qué se comparte, cómo se comparte, con quién y durante cuánto tiempo. |

Entiendo que [SASC name] tiene la obligación de mantener bajo confidencialidad mi información personal, la información de identificación y mis registros. También entiendo que puedo optar por permitir que [SASC name] revele parte de mi información personal a determinadas personas o agencias.

Yo, , autorizo a [SASC name] a compartir la siguiente información específica con:

nombre

|  |  |
| --- | --- |
| **Quiénes deseo que tengan mi información:** | Nombre:Oficina específica en la agencia:Número telefónico: |

Esta información puede compartirse:[ ]  en persona [ ]  por teléfono [ ]  por fax [ ]  por correo postal [ ]  por correo electrónico

[ ]   *Entiendo que el correo electrónico (e-mail) no es confidencial y puede ser interceptado y leído por otras personas.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Qué información sobre mí se compartirá:** | *(Indíquela tan específicamente como sea posible, por ejemplo, nombre, fechas de servicio, cualquier documento).* |
| **Por qué deseo que se comparta mi información: (propósito)** | *(Indíquela tan específicamente como sea posible, por ejemplo, para recibir beneficios)* |

Tenga en cuenta: existe el riesgo de que una revelación limitada de información pueda potencialmente abrir el acceso de otras personas a toda su información confidencial en poder de [SASC name].

**Entiendo:**

* Que no estoy obligado a firmar un formulario de autorización para revelar información. Que no estoy obligado a permitir que [SASC name] comparta mi información. La firma de un formulario de autorización es algo totalmente voluntario. Que esta autorización se limita a lo que escribo arriba. Si deseo que [SASC name] revele información sobre mí en el futuro, tendré que firmar otra autorización por escrito por tiempo limitado.
* Que revelar información sobre mí podría dar a otra agencia o persona información sobre mi ubicación y confirmaría que he estado recibiendo servicios de [SASC name].
* Que tal vez [SASC name] y yo no podamos controlar lo que sucede con mi información una vez que se ha entregado a la persona o agencia mencionada anteriormente, y que la agencia o la persona que obtiene mi información puede estar obligada por ley o práctica a compartirla con otros.

|  |  |
| --- | --- |
| **Esta autorización vence el**   Fecha Hora | ***El vencimiento debe cubrir las necesidades de la víctima, que —por lo general— no supera los 30 a 60 días de plazo, pero puede ser por menos o más tiempo.*** |

**Entiendo que esta autorización es válida cuando la firmo y que puedo retirar mi consentimiento para esta autorización en cualquier momento, ya sea oralmente o por escrito.**

 **Fecha:**

**Firma:**  **Hora:** **Testigo:**

|  |
| --- |
| **Reafirmación y prórroga (si se necesita más tiempo para cumplir el propósito de la presente autorización)**Confirmo que esta autorización sigue vigente y que me gustaría prorrogar hasta  Nueva fecha Nueva hora**Firma:**  **Fecha:** **Testigo:**  |