

AUTORIZACIÓN COMPARTIDA PARA USO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DEL CONDADO DE ARLINGTON

Nombre Legal de la Persona:		Fecha:	
Fecha de Nacimiento de la Persona:		#SSN or ID del Cliente (Opcional):	
<p>Deseo que la información confidencial que se consigna a continuación sea compartida a fin de facilitar la prestación efectiva del servicio. Entiendo que se compartirá únicamente la información mínima necesaria con el personal que necesita conocerla. Comprendo también que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no estarán condicionados por la firma de este formulario de autorización. (Marque todo lo que corresponda)</p>			
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Todo Lo Siguiente	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Beneficios/Servicios Necesarios, Planificados y/o Recibidos	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diagnósticos Médicos, Historial y Registros
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Participación en el Programa y Trabajador Social	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diagnósticos de Salud Mental, Historial y Registros
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Demografía e Información Familiar	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Diagnósticos de Uso de Sustancias, Historial y Registros
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Necesidades de Manejo de Crisis	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Historial Académico/Registros
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Información Financiera	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Historial de Justicia Penal/Registros
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Información de Alquiler/Vivienda	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Historial Militar/Registros
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Historial/Registros de Empleo	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N Otro:
Esta Información Puede:		<input type="checkbox"/> Intercambiarse	<input type="checkbox"/> Divulgarse (Solo Enviada)
Esta Información Puede Compartirse de Manera: <input type="checkbox"/> Electrónica (E-mail/Fax/Web) <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Oral			
Esta Información Se Puede Compartir Solo Para Los Siguietes Fines:			
<input type="checkbox"/> Coordinación de Servicios, Derivación y Tratamiento		<input type="checkbox"/> Otro:	
Esta Autorización es Válida Hasta:			
<input type="checkbox"/> Fecha (dentro de 1 año de la firma)		<input type="checkbox"/> Evento (describir)	
<input type="checkbox"/> Se Limita a Una Unica Divulgación – (explicar)			
Autorizo al personal de las entidades marcadas a continuación para que compartan información entre ellos tal como se especifica anteriormente, necesaria para la prestación efectiva de los servicios.			
Multi-Servicio		Vivienda y Refugio	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Departamento de Servicios Humanos del Condado de Arlington (DHS)		Asociación de Arlington para Viviendas Asequibles (APAH)	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Escuela Públicas de Arlington		AHC, Inc.	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
Servicio Familiar del Norte de VA		Puentes a la Independencia	
Salud		<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Drucker & Falk, LLC.	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Gestión del Grupo Portuario (Harbor Group)	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Centro Pediatrico de Arlington	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Vivienda Nueva Esperanza (New Hope Housing)	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Neighborhood Health	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Servicios de Gestión de Paradigmas	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Virginia Hospital Center	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Camino Delante (Pathforward)	
Necesidades Básicas		<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	S.L. Compañía de Bienes Raíces Nusbaum	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Corporación de Desarrollo de Vivienda de Wesley	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Departamento de Parques Y Recreación de Arlington (DPR)	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Administración de Propiedades Wesley	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Centro de Asistencia Alimentaria de Arlington (AFAC)	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	ENDependence Center	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Food for Others	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Otro:	
<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	Otro:	

Nombre Legal de la Persona:		Fecha:	
Fecha de Nacimiento de la Persona:		#SSN o ID del Cliente (Opcional):	
Salud del Comportamiento		Legal	
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Centro de Recuperación de Arlington	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Programa de Acción de Seguridad Contra el Alcohol de Arlington (ASAP)
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Residencias Comunitarias Inc.	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tribunal de Circuito del Condado de Arlington
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Casa Deméter	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tribunal de Distrito General del Condado de Arlington
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Recuperación Temprana	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Programa Previo al Juicio del Alguacil del Condado de Arlington
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Fellowship Recursos de Salud Inc.	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tribunal de Relaciones Domésticas y de Menores de Arlington
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	INOVA Health	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Libertad Condicional del Distrito 10
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tratamiento y Recuperación de Capital Nacional	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Tribunal del Distrito General del Condado de Fairfax
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Instituto de Salud Mental del Norte de Virginia	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Amigos de la Casa de Huéspedes
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Casas Camino (Pathway Homes)	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Solo Vecinos (Just Neighbors)
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	PRS	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Ayuda y Restauración al Ofensor
Otro (Especifique las Organizaciones a Continuación)		<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Oficina del Defensor Público del Condado de Arlington
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Oficina de la Commonwealth de Arlington, VA
<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Otro:	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	Oficina de Libertad Condicional de los Estados Unidos – Distrito del Este de Virginia

Comprendo que mis registros están protegidos por las leyes y reglamentos de confidencialidad federales, estatales y/o locales y que no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito, a menos que las leyes y reglamentos dispongan lo contrario. Asimismo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito.

La revocación no se aplicará a los registros ya provistos en virtud de la presente autorización. Entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación no autorizada y la información puede no estar protegida por las normas federales de confidencialidad. OReconozco que la información que se divulgará me fue explicada y que este consentimiento se presta por mi propia voluntad.

Firma de la Autorización para la Divulgación de la Persona/Sustituto de Toma de Decisiones (SDM):

Firma de la Persona:		Fecha:	
Firma del SDM's:		Fecha:	

Nombre de la Persona Que Autoriza la Divulgación (De No Ser Un Cliente/Persona):

Persona Que Autoriza la Divulgación:	<input type="checkbox"/> Padre del Menor	<input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Poder Legal (Especificar el Tipo):	<input type="checkbox"/> Otro:
--------------------------------------	--	-----------------------------------	---	--------------------------------

Nombre, Título y Organización del Personal Que Completó y Explicó el Formulario:

Departamento de Servicios Humanos del Condado de Arlington (DHS)

Firma del Personal que Completó y Explicó el Formulario:		Fecha:	
---	--	--------	--

Este formulario fue interpretado antes de la firma en:	<input type="checkbox"/> N.A.	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:
--	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------