

[PAPEL CON MEMBRETE APROPIADO DE LA AGENCIA]

Lea Primero: Antes de que usted decida si desea que [Programa/Nombre de Agencia] comparta información confidencial con otra agencia o persona, un abogado de [Programa/Nombre de Agencia] discutirá con usted todas las alternativas y cualquier riesgo y ventajas potenciales que podrían resultar por compartir su información confidencial. Si usted decide que si desea que [Programa/Nombre de Agencia] comparta alguna información personal confidencial, usted puede utilizar este formulario para elegir lo qué se comparte, cómo se comparte, con quien, y por cuánto tiempo.

Entiendo que [Programa/Nombre de Agencia] tiene la obligación de mantener confidencial mi información personal, información de identificación personal, y mis expedientes. También entiendo que puedo permitir que el [Programa/Nombre de Agencia] comparta algo de mi información personal con ciertos individuos o agencias.

Yo, _____, autorizo a [Programa/Nombre de Agencia] que comparta la siguiente información específica con:

A quien deseo que tenga mi información:	Nombre:
	Oficina específica dentro de la Agencia:
	Numero de Teléfono:

La información puede ser compartida:

- en persona
 por teléfono
 por fax
 por correo
 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 será compartida:	(Anote lo más detalladamente posible, por ejemplo: nombre, fechas del servicio, cualquier documento).
Porqué deseo compartir mi información: (propósito)	(Anote lo más detalladamente posible, por ejemplo: para recibir beneficios del estado).

Por favor tome nota: existe el riesgo de que un lanzamiento limitado de su información potencialmente podría abrirle el acceso a otros a toda su información confidencial guardada por [Programa/Nombre de Agencia].

Yo entiendo:

Que no tengo que firmar un formulario del lanzamiento. No tengo que permitir que [Programa/Nombre de Agencia] comparta mi información. El firmar un formulario de divulgación es totalmente voluntario. Que esta autorización está limitada a lo que he escrito arriba. Si quisiera que [Programa/Nombre de Agencia] divulgue mi información en el futuro, necesitaré firmar otra autorización por tiempo limitado y por escrito.

Que al divulgar información sobre mí podría darle información a otra agencia o persona sobre mi ubicación y podría confirmar que he estado recibiendo servicios de [Programa/Nombre de Agencia].

Que [Programa/Nombre de Agencia] y yo tal vez no podremos controlar lo qué suceda con mi información una vez haya sido divulgada a la persona o a agencia antedicha, y que la agencia o persona que obtenga mi información se le pueda requerir por ley o práctica compartirla con otros.

La expiración debe considerar las necesidades de la víctima, que es típicamente no más de 15-30 días, pero puede ser más o menos tiempo.

Esta autorización se vence el _____
Fecha Hora

Entiendo que este formulario es válido cuando lo firmo y puedo retirar mi consentimiento a este en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Fecha: _____

Firma: _____

Hora: _____

Testigo: _____

Reafirmación y extensión (si tiempo adicional es necesario para resolver el propósito de ésta divulgación)

Confirmando que esta autorización sigue siendo válida, y quisiera extender la autorización hasta _____
Nueva Fecha Nueva Hora

Firma: _____ Fecha: _____ Testigo: _____