

Imprimir forma en blanco

Imprimir forma

## AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN O LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN/ARCHIVOS

**Persona de Contacto del Departamento** Se requieren todos los campos marcados con asterisco (\*).

**\*** Nombre completo **\*** Número telefónico

# Información del Cliente

|  |  |
| --- | --- |
| **\*** Nombre completo del Cliente | Número telefónico |
| Apellido de soltera/previo o alias | **\*** Fecha de nacimiento Número SMI |
| **\*** Domicilio | **\*** Ciudad **\*** Estado **\*** Cód. postal  **MN** |

**\* Declaración de obtención/liberación**

**Autorizo al Departamento de Servicios Humanos y Salud Pública del Condado de Hennepin**

**Persona de Contacto/Organización**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Organización | Persona | |
| Nombre de la Organización | | |
| Nombre |  | Número telefónico |
| Domicilio |  | Ciudad Estado Cód. postal  **MN** |

## Archivo(s) Solicitado(s)

|  |  |
| --- | --- |
| **\* Los archivos serán utilizados:** | |
| □para continuar evaluación o tratamiento | □para determinar la elegibilidad para asistencia/servicios |
| □para coordinar servicios | □para procedimientos de la corte |
| □Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Esta forma está de acuerdo a los requisitos del acta *Data* Practices del Gobierno de Minnesota (MN Stat. 13), HIPAA (45CFR164.508(c)), y PHSA (42CFR2.31)

Página 1 of 2

Imprimir forma en blanco

Imprimir forma

## AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN O LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN/ARCHIVOS

|  |
| --- |
| **Liberación/Obtención de la siguiente información o archivos** |
| **\*** Archivo  Especificaciones adicionales sobre este archivo |
| Agregar otro |

**Expiración**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⃝ Esta autorización se aplica a un caso abierto del Dpto. y a menos que se especifique a continuación, es válida hasta que el caso se cierre.  ⃝ Esta autorización expira: | | |
| **Firma y Autorización del Cliente** | | |
| La información puede ser compartida a menos que se indique lo contrario, oralmente, por escrito o electrónicamente.   * Tengo derecho a rehusarme a firmar esta autorización. El tratamiento, pago u operaciones no están condicionadas en mi autorización. * Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito contactando a mi asistente social y solicitando la forma #HC 12025 si la acción que permite no ha sido llevada a cabo. * Una copia de esta autorización es tan válida como la original. * Se me puede solicitar abonar el costo de la realización, certificación y/o la búsqueda de las copias de la información solicitada. * Esta información puede ser divulgada a otras partes que estén autorizadas por ley y, por lo tanto, ya no se encuentran bajo la cláusula de privacidad. * Si tengo alguna pregunta sobre la privacidad de mis archivos, puedo consultar a mi asistente social para obtener más información. | | |
| Si no está firmado por el titular, especifique la relación con el mismo que le da autoridad para firmar:  □Padre/Madre del menor □Guardián  □Otro representante |  | |
| Firma del cliente (firmar con el nombre que aparece arriba) | | Fecha de la firma |
| La información se encuentra disponible en otros formatos para personas con capacidades diferentes. Llame al Asistente Social del Condado a través del servicio Minnesota Relay al: **1-800-627-3589 – TTY**  Persona de contacto: | | |

Página 2 of 2

Número SMI: