Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Division of Children and Family Services

State of Nebraska
Pete Ricketts, Governor

**Autorización de Divulgación de Información**
**DHHS División de Servicios de Bienestar Familiar y de Menores**
**Asistencia Económica**

| | |
|---|---|
| Nombre del cliente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre.) | Fecha de nacimiento |
| Dirección del cliente | Número de Seguro Social |
| La información será suministrada a: (nombre, dirección, ciudad, estado, zona postal)<br><br>La información que será divulgada de conformidad con lo dispuesto en esta autorización se limita a los registros y/o la información de o en posesión del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), División de Servicios de Bienestar Familiar y de Menores, Asistencia Económica *(Children and Family Services, Economic Assistance).* | |

Información específica de d DHHS División de Servicios de Bienestar familiar y de Menores, Asistencia Económica (señale todos los que apliquen):

☐ Historial medico completo, incluyendo, pero no limitado a historial del paciente, memorando, notas (excepto notas de psicoterapia), resultados de exámenes (excepto los datos brutos y los elementos de protocolo de pruebas psicológicas) imágenes médicas, registros, diagnósticos, evaluaciones, exámenes, resumen de alta médica, información post tratamiento, archivos de facturación, archivos de seguros, archivos enviados por otros proveedores de salud, y medicamentos.

☐ Toda la información relacionada con tratamiendo por alcohol/drogas, información de salud mental, e información relacionada con VIH

☐ Toda la información relacionada con Asistencia Ecónomica suministrada al cliente por parte de DHHS.

☐ Otro (favor especificar):

Esta autorización debe terminar en la siguiente fecha o evento: _____, o 60 días después de la fecha en que se firma esta autorización de divulgación, si no se indica otra fecha o evento.

Al firmar esta autorización, reconozco que la información a ser divulgada puede incluir material protegido por ley federal o estatal y puede estar relacionada con tratamiento por drogas/alcohol, salud mental, o VIH. También entiend que esta autorización puede ser anulada en cualquier momento enviando una solicitud de revocación por escrito al DHHS. Entiendo que el DHHS no puede controlar lo que el receptor hace con la información divulgada, y que esa información puede ser divulgada por un tercero, y que es posible que la información divulgada ya no sea protegida po la ley federal o estatal.

Entiendo que el hecho de no firmar este formulario no afectará el tratamiento, pago, afiliación a un plan de salud, o la elegibilidad para beneficios, excepto en limitadas circunstancias. Entiendo las ventajas y desventajas, y libre y

voluntariamente doy permiso de divulgar información específica relacionada conmigo. _____

_____ _____

Firma del cliente Nombre del cliente en letra imprenta Fecha

_____ _____

_____

Firma del representante del cliente * Nombre del representante del cliente en letra imprenta Fecha

*Por favor especificar el tipo de representante del cliente :☐ Padre, ☐ Tutor ☐ Apoderado legal

## NOTIFICACIÓN PARA EL DESTINATARIO

**Esta información que se le ha revelado está protegida por las leyes federales y estatales (incluyendo las Regulaciones Federales 42 CFR parte 2 de 1983) las cuales prohiben hacer cualquier divulgación posterior de la misma, sin el consentimiento expreso por escrito de la persona a quien pertenece, o según lo permita la ley. Una autorización general de divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.**