

AUTHORIZATION TO RELEASE HIV-RELATED INFORMATION
(AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH)

Este formulario deberá usarse para divulgar información relacionada con el VIH.

Otorgo al Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos) autorización para divulgar información confidencial sobre _____, _____, a los siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Proveedor(es) de atención sustituta donde el menor esté ubicado | <input type="checkbox"/> Personal escolar |
| <input type="checkbox"/> El profesional de la salud que brinde atención al menor | <input type="checkbox"/> IFMC |
| <input type="checkbox"/> Proveedor en época de descanso | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

La información sobre VIH únicamente será divulgada a aquellas personas que tienen necesidad de saber a fin de planear y brindar los servicios y tratamientos al menor mencionado arriba.

La divulgación expira automáticamente en el momento de la terminación de servicios para el menor.

Entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de nombres de aquellos a quien se ha divulgado información a menos que el suministro de dicha información esté prohibido por la ley u orden judicial.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita al Department of Human Services. Entiendo que cualquier divulgación hecha antes de mi revocatoria estaba basada en esta autorización y no constituirá violación de mis derechos de confidencialidad.

Padre o guardián

Fecha

Menor

Fecha

Testigo

Fecha