

ESTADO DE KENTUCKY  
Gabinete para Servicios de Salud y de la Familia  
Departamento para Servicios Basados en la Comunidad  
División de Apoyo a la Familia

## CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y REGISTROS

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º Seguro Social: \_\_\_\_\_

Entiendo que para ayudar a mi familia y obtener los servicios que necesitamos, el Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) y otras personas que forman parte del personal de agencias pueden necesitar compartir información y registros para proporcionar o verificar la elegibilidad para esos servicios. Al firmar este formulario, doy permiso al personal del Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) o al personal de otra agencia autorizada a actuar en nombre de DCBS para obtener cualquier información necesaria para saber si soy elegible para cualquier programa de ayuda. También doy permiso a DCBS y a las siguientes agencias o personas mencionadas a continuación para compartir información y registros entre sí sobre los servicios, beneficios o tratamiento que se me proporcionan a mí y a mi familia:

Nombre de la agencia o persona	Nombre de la agencia o persona	Nombre de la agencia o persona

Mi consentimiento incluye la siguiente información y registros (escriba sus iniciales junto a cada elemento marcado para el que da su consentimiento):

- |   |   |
|---|---|
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de salud mental y física (no sobre VIH o SIDA)   | _____ <input type="checkbox"/> Registros de vivienda  |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de psiquiatría y salud conductual (no registros de paciente sobre consumo abusivo de drogas o alcohol o notas de psicoterapia) | _____ <input type="checkbox"/> Registros de residencia  |
| _____ <input type="checkbox"/> Antecedentes psicosociales   | _____ <input type="checkbox"/> Registros de Manutención infantil/Manutención conyugal               |
| _____ <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas psicológicas   | _____ <input type="checkbox"/> Registros de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de Cuidados Infantiles   | _____ <input type="checkbox"/> Registros de KTAP (Programa de Asistencia Transitoria de Kentucky)   |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de estudiantes de la escuela   | _____ <input type="checkbox"/> Registros de Medicaid  |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de centro de cuidados a largo plazo y cuidados alternativos  | _____ <input type="checkbox"/> Registros de Servicios de Protección de Menores                      |
| _____ <input type="checkbox"/> Declaración de estatus legal y custodia  | _____ <input type="checkbox"/> Registros de Servicios de Protección de Adultos                      |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de atención de salud en el hogar y salud en el hogar   | _____ <input type="checkbox"/> Registros financieros  |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de centros para crisis por maltrato conyugal y violación   | _____ <input type="checkbox"/> Registros de empleo  |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de Proveedor de Programa Senior  | _____ <input type="checkbox"/> Otro _____   |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros de refugios para personas sin hogar  |   |
| _____ <input type="checkbox"/> Registros judiciales   |   |

Este consentimiento se aplica a los siguientes miembros de mi familia, para quienes tengo la potestad legal de otorgar consentimiento:

Nombre del miembro	Número de Seguro Social	Relación	Nombre del miembro	Número de Seguro Social	Relación

Entiendo que:

- Esta autorización estará vigente durante un período de \_\_\_\_\_ (no más de 12 meses) desde la fecha de la firma.
- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento por escrito, a menos que ya se hayan llevado a cabo acciones en base a mi consentimiento.
- El Departamento para Servicios Basados en la Comunidad (DCBS) no condicionará el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios a la recepción de este formulario. La firma de este formulario es voluntaria, pero no firmarlo, o revocarlo antes de que se obtenga la información necesaria, podría impedir una respuesta precisa o en el plazo oportuno y podría tener como consecuencia la negación o la pérdida de beneficios.
- Es posible que se entregue o divulgue información a otras Divisiones de DCBS para ayudar a obtener los servicios solicitados.
- Es posible que la información entregada o divulgada a DCBS ya no esté protegida por las disposiciones sobre privacidad de la información de salud de las Partes 160 y 164 de la norma 45 CFR de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros de Salud (HIPAA).
- La información puede ser divulgada o entregada por DCBS sin mi consentimiento si lo autorizan las leyes estatales o leyes federales, como la Ley de Privacidad o la norma 42 CFR Parte 2 o para cumplir con las leyes con respecto a denuncia obligatoria de la sospecha de maltrato, negligencia o explotación, o se evalúa que hay peligro de daño grave a sí mismo o a otras personas.
- Recibí una copia de este formulario. También puedo solicitar una copia de la información guardada con el mismo.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

☐ Usuario ☐ Padre, madre ☐ Tutor legal ☐ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

☐ Usuario ☐ Padre, madre ☐ Tutor legal ☐ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**Firma de testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Trabajador de DCBS (especificar área del programa): \_\_\_\_\_ Otro personal de la agencia (especificar) \_\_\_\_\_