

**[APPROPRIATE AGENCY LETTERHEAD]**

**LEER PRIMERO:** Antes de decidir si desea o no permitir que [Program/Agency Name] comparta parte de su información confidencial con otra agencia o persona, un defensor de [Program/Agency Name] hablará con usted sobre las alternativas y posibles riesgos y beneficios de compartir su información confidencial. Si decide permitir que [Program/Agency Name] comparta su información confidencial, puede usar este formulario para elegir lo que se puede compartir, cómo, con quién y por cuánto tiempo.

Comprendo que [Program/Agency Name] tiene la obligación de guardar confidencialmente mi información personal, información identificatoria y mis expedientes. También entiendo que puedo optar por permitir que [Program/Agency Name] comparta mi información personal con ciertas personas o agencias.

Yo, (nombre) \_\_\_\_\_, autorizo a [Program/Agency Name] para que comparta la siguiente información específica con:

<b>Persona/Agencia que deseo que tenga mi información</b>	Nombre:
	Oficina o agencia específica:
	Número de Teléfono:

La información se podrá compartir:

en persona  por teléfono  por fax  por correo  por correo electrónico  a través del portal electrónico

<b>Qué se puede compartir sobre mí:</b>	<i>(Enumere con el mayor detalle posible, por ejemplo: Nombre, fechas de servicio, tipos de documentos).</i>
<b>Razón por la que quiero que se comparta mi información</b>	<i>(Enumere con el mayor detalle posible, por ejemplo: para recibir beneficios).</i>

Por favor tenga en cuenta que: Hay un riesgo de que la divulgación limitada de información pueda posiblemente dar acceso a otros a la información confidencial suya que esté en manos de [Program/Agency Name].

**Comprendo:**

- Que no tengo que firmar un formulario de liberación de información. Que no tengo que permitir que [Program/Agency Name] comparta mi información. Que firmar el formulario de liberación es completamente voluntario. Que esta liberación se limita a lo que he escrito anteriormente. Si en el futuro quiero permitir que [Program/Agency Name] comparta información sobre mí, tendré que firmar otra liberación con límite de tiempo.
- Que al compartir información sobre mí, se le puede dar a otra agencia o persona información sobre mi paradero y confirmaría que he estado recibiendo los servicios de [Program/Agency Name].
- Que ni [Program/Agency Name] ni yo podemos controlar lo que pase con mi información una vez que se comparta con persona o agencia indicada arriba, y que es posible que las leyes o la práctica requieran que la agencia o persona que reciba mi información tenga que compartirla con otros. Entiendo que la información enviada por correo electrónico que puede ser interceptada y leerla otras personas.

*El vencimiento debe cumplir con las necesidades de la víctima, que normalmente son de 15 a 30 días pero pueden ser más o menos días.*

**Esta liberación se vence el** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **Hora**

**Comprendo que esta liberación será válida una vez que yo la firme y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento ya sea oralmente o por escrito. Entiendo que toda la información divulgada antes de retirar mi consentimiento no es confidencial. Al firmar este comunicado, estoy de acuerdo en que [Program/Agency Name] ha contestado todas mis preguntas.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha/Hora:** \_\_\_\_\_ **Testigo:** \_\_\_\_\_

**Reafirmación y extensión (si es necesario tiempo adicional para cumplir con el propósito de liberación)**

Confirmando que esta liberación sigue siendo válida y deseo extenderla hasta \_\_\_\_\_  
Nueva fecha Nueva hora

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Consentimiento para la divulgación retirado el [Fecha/Hora] \_\_\_\_\_

Verbalmente \_\_ Por escrito \_\_ Recibido por [Nombre de la persona encargada] \_\_\_\_\_