



**Catholic Charities de la Diócesis de Raleigh, Inc.**

**Autorización para el uso y divulgación de información protegida**

Nombre y apellido(s) de Cliente	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
---------------------------------	-------------------------	---------------------

Yo, \_\_\_\_\_, solicito y autorizo que  
*Nombre de cliente o guardián*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la agencia/individuo/organización autorizada para que utilice o divulgue información*

\_\_\_\_\_  
*Dirección de agencia/individuo/organización*

**utilicen o divulguen** \_\_\_\_\_  
*Nombre de agencia/ individuo /organización solicita la información*

\_\_\_\_\_  
*Dirección de agencia/individuo/organización que solicita la información*

**la siguiente información protegida:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**El propósito de la divulgación de la información es la siguiente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Coloque sus iniciales para incluir las siguientes categorías en este permiso:**

\_\_\_ Información sobre VIH/SIDA

\_\_\_ Información sobre tratamiento de alcohol/drogas

La petición y autorización de divulgar información se basa en mi entendimiento del contenido de mi historial y del uso de dicha información una vez que sea divulgada. Entiendo que, si el individuo o la organización que recibe la información no provee servicios de salud, no es un centro de salud, o no tiene un plan asegurado por las leyes federales de confidencialidad, ésta

