



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

