



## AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CON FINES DE PUBLICACIÓN

<b>Parte I. Nombre de la persona</b>			
<i>Nombre:</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
			<i>Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social:</i>
<i>Dirección:</i>			<i>Fecha de nacimiento:</i>
			<i>Teléfono:</i> (    )

### **Parte II. Autorización para el uso y divulgación de información, incluso información clínica protegida :**

Autoriza a la Oficina para Personas con Discapacidades del Desarrollo (OPWDD) a usar o divulgar la siguiente información sobre usted:

*Describe la información que se usará o divulgará (marque todo lo que corresponda):* Fechas de servicio (si corresponde):

- Fotografías u otras imágenes de mi persona  
 Mi nombre  
 Mi residencia o el programa al que asisto  
 Otro, describa:

Para los fines de publicación que se describen a continuación:

*Describe los fines de uso y publicación (marque todo lo que corresponda):*

- Publicación en el sitio Web de la OPWDD  
 Publicación en un boletín informativo de la OPWDD o en otro formato de distribución pública  
 Difusión en medios de comunicación  
 Materiales para capacitación, incluso videos  
 Otro (describa)

**Nota: los proveedores de atención médica o planes de salud que solicitan la autorización deben proporcionar la siguiente información:**

¿Percibirá el proveedor de atención médica o el plan de salud que solicita la autorización algún pago en dinero o especies a cambio de usar o divulgar la información clínica o de salud descrita anteriormente?

- No       Sí

**Parte III. Firma y fecha:**

1. Entiendo que no recibiré ningún pago ni retribución por el uso o divulgación de las fotografías o imágenes de mi persona o por el uso o divulgación de cualquier otra información personal mía que se publique con mi autorización, tal como lo expresé en este documento.

2. Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante una notificación a la persona o entidad a la cual autorice para que use o divulgue información tal como se menciona más arriba.

3. Entiendo que esta revocación no afecta a las acciones realizadas antes de la presente por las personas o las entidades mencionadas más arriba, ya que estaban amparados por la autorización entonces vigente.

4. Entiendo que si una persona o entidad autorizada a recibir la información clínica relacionada con mi salud no es un proveedor de atención médica o del plan de salud, la información publicada no puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.

5. Puedo negarme a firmar este formulario de autorización para publicar información médica protegida y mi negativa no afectará mi derecho a recibir tratamiento o pagos, salvo en determinadas circunstancias en las que dicha información sea necesaria para efectuar pagos o trámites de afiliación.

6. Según las políticas de privacidad, puedo inspeccionar o copiar cualquier información usada o divulgada de conformidad con esta autorización y obtener una copia de este formulario si así lo solicito.

*Firma de la persona o de su representante*

*Fecha*

*Nombre de la persona o de su representante (letra de imprenta)*

*Relación del representante con la persona*

**Esta autorización vence:**

(ingrese la fecha o el motivo)

*Una copia de este formulario firmado será entregada al representante de la persona.*