



Improving lives for a lifetime.

Consentimiento para la Liberación de Información Confidencial Servicios Familiares y de Vivienda

Nombre: _____ Últimos 4 Dígitos del Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número Telefónico: _____

Con la finalidad de poder planear y proporcionar el mejor cuidado posible para mí y/o mi familia, varias agencias profesionales deberán compartir información. Otorgo permiso para compartir información personal ya sea mía o de mi familia, según se requiera. Entiendo que ésta información será utilizada para ayudar a determinar si yo y/o mi familia somos elegibles para recibir servicios y beneficios y también para determinar la mejor manera de coordinar tales servicios. Las agencias que **he marcado con mis iniciales**, cuentan con mi permiso para compartir información acerca de mí y/o de mi familia. Este consentimiento es válido hasta que yo notifique a la TrueNorth Community Services por escrito que deseo cancelar tal consentimiento.

Por favor ponga sus iniciales en la columna Sí, según corresponda

Agencia	Sí	No	Instrucciones	Agencia	Sí	No	Instrucciones
Vivienda de Soporte Transicional I.S.T.				Casero o dueño de la vivienda			
Salud Mental Comunitaria				Consumers Energy o Great Lakes			
Depto. de Seg. Nal. (DHS) / Agencia de Independencia Familiar (FIA)				DTE			
Departamento de Salud				Proveedor de Gas Propano			
TrueNorth Community Services				Five Cap			
Distritos Escolares Locales				Love, Inc.			
Casa Webster				Michigan Works (Obras Públicas)			
Department Penitenciario				Salvation Army (Ejército de Salvación)			
Proveedor de Cuidados de la Salud				Otro -			
United Way				Otro -			
Médico				Otro -			

Nota: Este formato no permite que se comparta información acerca de SIDA o VIH, Tuberculosis, Hepatitis o abuso de sustancias.

Debe de utilizarse un formato separado llamado Autorización para Compartir Información Específica, para éste tipo de información.

Este consentimiento aplica a menores (niños menores de 18) viviendo en la vivienda. **Enliste los nombres de los menores, ponga sus iniciales como padre o tutor y la fecha:**

Menor _____ Iniciales del Padre o Tutor _____ Fecha _____
 Menor _____ Iniciales del Padre o Tutor _____ Fecha _____
 Menor _____ Iniciales del Padre o Tutor _____ Fecha _____
 Menor _____ Iniciales del Padre o Tutor _____ Fecha _____

- Entiendo que los registros de mis tratamientos se encuentran protegidos bajo normas estatales y federales pertinentes a la confidencialidad de los registros de los pacientes.
- Estas normas son la Ley Federal de Confidencialidad para Pacientes que han Abusado del Alcohol o de las Drogas (42 CFR, Parte 2) y el Acta de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de la Salud de 1996 (HIPAA), 45 CFR, Partes 160 y 164.
- Entiendo que puedo dar por terminado éste consentimiento, notificando a la entidad correspondiente por escrito.
- Entiendo que pudo haber información compartida y servicios proporcionados basados en éste consentimiento cuando se encontraba en efecto. El dar por terminado éste consentimiento no puede cambiar eso. Cualquier notificación para dar por terminado éste consentimiento debe ser por escrito.
- Entiendo que por lo general la TrueNorth Community Services no puede condicionar el que yo reciba asistencia al hecho de firmar o no una forma de consentimiento, pero en ciertas circunstancias, me puede ser negada la asistencia si no firmo tal forma de consentimiento.
- He leído y entiendo la información, así como también asiento que la información proporcionada es real y precisa. Mi firma indica que doy mi consentimiento total para compartir información.

Firma _____ **Fecha** _____

(Firma del padre, tutor o representante autorizado)