

ASISTENCIA PARA VICTIMAS DEL CONDADO DE MARION AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Lea Primero: Antes de que usted decida si desea que el programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion comparta información confidencial con otra agencia o persona fuera de La Fiscalía, un asistente de victimas discutirá con usted todas las alternativas y cualquier riesgo y beneficios potenciales que podrían resultar por compartir su información o la información confidencial de su hijo/s. Si usted decide que si desea que el programa de Asistencia Para Victimas comparta alguna información personal confidencial, usted puede utilizar este formulario para elegir lo qué se comparte, cómo se comparta, con quien, y por cuánto tiempo.

Entiendo que el programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion tiene la obligación de mantener confidencial mi información personal, información de identificación personal, y mis expedientes. También entiendo que puedo permitir que el programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion comparta algo de mi información personal con ciertos individuos o agencias.

Yo, _____, autorizo al programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion que comparta la siguiente información especifica con:

Migo

Mis hijo/s, que se nombran: _____

A quien deseo que tenga mi información:	Nombre:
	Oficina especifica dentro de la Agencia:
	Numero de Teléfono:

La información puede ser compartida: en persona por teléfono por fax por correo por correo electrónico
 Entiendo que el correo electrónico del condado (E-mail) no es confidencial y puede ser interceptado y leído por otras personas.

Qué información será compartida:	<input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Fecha de Nacimiento <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/> Numero de teléfono <input type="checkbox"/> Mi participación con VAD <input type="checkbox"/> Otro:(especifique)
Porqué deseo compartir mi información: (propósito)	

Por favor tome nota: existe el riesgo de que un lanzamiento limitado de su información potencialmente podría abrirle el acceso a otros a toda su información confidencial guardada por el programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion.

Yo entiendo:

Que no tengo que firmar un formulario para divulgar información. No tengo que permitir el programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion que comparta la información mía o de mis hijo/s. El firmar un formulario de divulgación es totalmente voluntario. Que esta autorización está limitada a lo que he escrito arriba. Si quisiera que el programa de Asistencia Para Victimas del condado de Marion divulgue mi información en el futuro, necesitaré firmar otra autorización limitado por tiempo y por escrito.

Que al divulgar información de mí o de mis hijo/s podría darle información a otra agencia o persona sobre mi ubicación y podría confirmar que he estado recibiendo servicios del programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion.

Que el programa de Asistencia Para Victimas del Condado de Marion y yo tal vez no podremos controlar lo qué suceda con su información una vez que haya sido divulgada a la persona o agencia antedicha, y que la agencia o persona que reciba mi información o la información de mi hijo/s, se le pueda requerir por ley o práctica compartirla con otros.

Esta autorización se vence el _____
Fecha

Entiendo que esta autorización es válida cuando lo firme y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, en forma oral o escrita.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Reafirmación y extensión (si tiempo adicional es necesario para resolver el propósito de ésta divulgación)	
Confirmando que esta autorización sigue siendo válida, y quisiera extender la autorización hasta _____ Nueva Fecha	
Firma: _____	Fecha: _____