



AUTORIZACIÓN GENERAL OTORGADA AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE TENNESSEE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN A TERCEROS

Se divulgará información de: NOMBRE EN LETRA DE MOLDE ►	Fecha:	Identificación de la persona que firma: <input type="checkbox"/> Misma <input type="checkbox"/> Padre o madre del menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro representante autorizado (explicar) *Puede exigirse comprobante de autorización legal.	
Domicilio		(Firma aquí de padre, madre o tutor si las leyes estatales exigen dos firmas)	
Número de teléfono (con código de área) ()	Ciudad	Estado	Código postal

Autorizo al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee y a sus representantes y contratistas autorizados la divulgación de la información de los expedientes del Departamento de Servicios Humanos que se describe a continuación:

- Todos los expedientes (*que no sean expedientes escolares, de Medicaid, TennCare, alcoholismo o drogadicción* ***Ver nota abajo**)
 Sí: _____ No: _____ **O BIEN,**
- Expedientes de casos de los programas Families First o cupones de alimentos (Food Stamp) Sí: _____ No: _____
- Expedientes de servicios de rehabilitación profesional Sí: _____ No: _____
- Otros: Sí: _____ No: _____ Describir: _____

***NOTA: SI SE DIVULGA INFORMACIÓN MÉDICA O DE SALUD, EL SOLICITANTE O DESTINATARIO DEBE LLENAR UN FORMULARIO HIPAA DEL TDHS PARA DIVULGACIÓN A TERCEROS. SI SE DIVULGAN EXPEDIENTES ESCOLARES, LA PERSONA O INSTITUCIÓN QUE SOLICITE LOS EXPEDIENTES DEBE COMUNICARSE DIRECTAMENTE CON LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.**

Esta información puede divulgarse a las siguientes personas u organizaciones: Escriba "Todos", o enumere específicamente las personas u organizaciones, o el tipo de personas u organizaciones a quienes se puede divulgar información.

El TDHS puede proporcionar copias de mis expedientes o hablar con cualquier persona u organización a la cual yo haya concedido permiso, y puede divulgar esta información en copias electrónicas, en papel, computadora o fax de los expedientes que cuenten con mi permiso de divulgación.

USTED NO ESTÁ OBLIGADO A FIRMAR ESTE FORMULARIO. Entiendo que no tengo obligación de conceder permiso, y que mi decisión no afectará ningún beneficio o servicio que yo, mis hijos o mi familia estemos recibiendo del Departamento de Servicios Humanos, ni ninguno de los beneficios o servicios para los cuales yo haya presentado solicitud al Departamento de Servicios Humanos.

- Recibiré una copia de este formulario después de firmarlo. Después de firmar este formulario, puedo pedir al TDHS que me permita ver una copia de la información que divulgue.
- **Este permiso tiene validez por 12 meses a partir de la fecha en que yo lo firme; a menos que revoque mi permiso antes de esa fecha.**
- **Usted tiene el derecho de revocar su permiso en cualquier momento. Si usted decide revocar su permiso, no podrá recuperar la información que se haya recibido de otras personas u organizaciones; la revocación del permiso no afectará ninguna acción realizada antes de dicha revocación.**
- **A fin de revocar su permiso para que podamos obtener sus expedientes de otras personas u organizaciones, puede escribir al TDHS de su condado, o escribir a las personas u organizaciones a las cuales usted nos dio permiso para divulgar información suya.**
- Toda la información sobre usted que el TDHS obtenga está protegida por la Ley de la Privacidad (*Privacy Act*) de 1974, y por las leyes o reglamentos federales o estatales. No se divulgará a otras personas u organizaciones, a menos que las leyes o los reglamentos nos permitan o exijan que divulguemos dicha información, o que usted nos dé permiso para divulgarla. Si se nos exige o permite divulgar información sobre sus expedientes, dicha información puede no estar protegida si la ley no exige la protección de la información a la persona u organización que la reciba.
- Pida al TDHS que le explique si usted tiene preguntas sobre la información que se va a divulgar.

Firma de la persona o el representante autorizado de la persona: _____ **Fecha:** _____