

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL IDENTIFICABLE

Al completar y firmar este formulario, acepto permitir que [*nombre del centro de servicios o facilitador*] \_\_\_\_\_ utilice o divulgue determinada información personal identificable sobre mí y los servicios que me prestó [*nombre del centro de servicios o facilitador*]  
\_\_\_\_\_.

Esta autorización no es válida a menos que se hayan completado todos los campos.

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo el uso o la divulgación de mi información personal identificable como se describe a continuación:

1. [*Nombre del centro de servicios, del facilitador, o de ambos*]  
\_\_\_\_\_

está(n) autorizado(s) para divulgar la siguiente información sobre mí a [*nombre de personas específicas y la entidad con la que están asociadas, o el nombre de una organización*].

2. Autorizo la divulgación de la siguiente información a las personas o entidades identificadas anteriormente:

3. El propósito del uso o la divulgación de esta información es:

4. Esta autorización es válida a partir del \_\_\_\_\_ y vence el \_\_\_\_\_.

5. Acuse de recibo.

**Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de este Formulario de autorización puede estar sujeta a otras divulgaciones por parte de las personas o entidades que tienen permitido recibirla, sin ningún otro consentimiento de mi parte.**

**Tengo el derecho de negarme a firmar este Formulario de autorización. Si lo firmo, tengo el derecho de revocar la autorización, por escrito, en cualquier momento. Comprendo que cualquier acción ya realizada como consecuencia de esta autorización no puede revertirse, y mi revocación no afectará dichas acciones.**

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_