# COMMONWEALTH OF VIRGINIA - ESTADO DE VIRGINIA

UNIFORM AUTHORIZATION TO USE AND EXCHANGE INFORMATION AUTORIZACIÓN UNIFORME PARA USAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

*I understand that different agencies provide different services and benefits. Each agency must have specific information to provide services and benefits. By signing this form, I allow agencies to use and exchange certain information about me, including information in an electronic database, so it will be easier for them to work together efficiently to provide or coordinate these services or benefits.*

*Entiendo que las diferentes agencias ofrecen diferentes servicios y beneficios. Cada agencia debe contar con información específica para proporcionar servicios y beneficios. Al firmar este formulario, doy mi permiso para que las agencias utilicen e intercambien cierta información sobre mí, incluyendo información en una base de datos electrónica, por lo que será más fácil para ellos trabajar juntos de manera eficiente para proporcionar o coordinar estos servicios o beneficios.*

I – Yo am signing this form for – estoy firmando este formulario para . *(FULL PRINTED NAME OFAUTHORIZING PERSON OR PERSONS – NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE MOLDE DE LA PERSONA O PERSONAS QUE AUTORIZAN)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(FULL PRINTED NAME OF INDIVIDUAL- NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE MOLDE DEL INDIVIDUO)*

*(INDIVIDUAL’S ADDRESS /DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO) (INDIVIDUAL'S BIRTHDATE /FECHA DE NACIMIENTO DEL INDIVIDUO) (INDIVIDUAL’S SSN OPTIONAL/SSN DEL INDIVIDUO-OPCIONAL*

My relationship to the individual is: - Mi relación con el individuo es:

🞎 Self – Yo 🞎 Parent – Padre/madre 🞎 Power of Attorney – Carta Poder 🞎 Guardian – Tutor Legal

🞎 Other Legally Authorized Representative – Otro Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I want the following confidential information about the individual to be exchanged: Quiero que la siguente información confidencial del individuo se intercambie:

*Yes-Sí No Yes-Sí No Yes-Sí No*

🞎 🞎 Assessment Information 🞎 🞎 Medical Diagnosis 🞎 🞎 Educational Records

Información de la evaluación Diagnóstico MédicoExpediente Educativo

🞎 🞎 Financial Information 🞎 🞎 Mental Health Diagnosis 🞎 🞎 Psychiatric Records

Información financiera Diagnóstico de Salud Mental Expediente Psiquiátrico

🞎 🞎 Benefits/Services needed 🞎 🞎 Medical Records 🞎 🞎 Criminal Justice Records

Planned, and/or Received Expediente Médico Expediente de Justicia Criminal

Beneficios/Servicios Necesarios 🞎 🞎 Psychological Records 🞎 🞎 Employment Records

Planificados, y/o Recibidos Expediente Psicológico Expediente Laboral

🞎 🞎 Substance Abuse Records 🞎 🞎 All of the above

Expediente de abuso de sustancias Todo lo anterior

Other Information (write in): Otra información (escribirla):

I want - Yo quiero \_\_\_\_\_\_\_\_

*(NAME AND ADDRESS OF REFERRING AGENCY AND STAFF CONTACT PERSON/ NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA REMITENTE Y PERSONA A CONTACTAR DEL PERSONAL)*

and the following entities to be able to use and exchange this information among themselves:

y que las siguientes entidades puedan usar e intercambiar esta información entre ellas mismas:

Yes-Sí No Identify By Name – Identificar con nombre

🞎 🞎 No Wrong Door Tools/Senior Navigator Area Agencies on Aging

Herramientas de ninguna puerta equivocada/Navegador para personas mayores Agencias del envejecimiento en la zona

🞎 🞎 Dept. of Medical Assistance Services Center for Independent Living

Departamento de Servicios de Asistencia Médica Centros para Residentes Independientes

🞎 🞎 DMHMRSAS Community Services Boards

Consejos de Servicios Comunitarios

🞎 🞎 DRS Local/Regional Dept. of Social Services

DRS Local/regional Departamento de Servicios Sociales

🞎 🞎 Dept. Blind and Visually Impaired Home Health Agencies

Departamento de Ceguera e Impedimento Visual Agencias de Salud en el Hogar

🞎 🞎 Dept. Deaf and Hard of Hearing Hospices-Hospicios

Departamento de Sordera e Impedimento Auditivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hospitals – Hospitales

Other – Otro: Local Health Departments

Departamentos de Salud Locales

Nursing Facilities - Centros de Asilo

Physicians – Médicos

**I want this information to be exchanged ONLY for the following purpose(s):**

**Quiero que esta información se intercambie ÚNICAMENTE para los siguientes propósitos:**

**🞎 Service Coordination and Treatment Planning 🞎 Elegibility Determination**

**Coordinación de Servicios y Planificación del Tratamiento Determinación de Elegibilidad**

**🞎 Other - Otro:**

**I want this information to be shared by the following means:** *(check all that apply)*

**Quiero que esta información se comparta por los siguientes medios:** *(marcar todos los que correspondan)*

**🞎 Written Information/Información escrita 🞎 In Meetings or By Phone/En reuniones o por teléfono 🞎 Computerized Data/Datos computarizados 🞎 Fax**

I want to share additional information received after this authorization is signed: 🞎 Yes/Sí 🞎 No

Quiero compartir información adicional recibida después de que se firmó esta autorización:

**This authorization is effective/Esta autorización entra en vigor:**

*(DATE/FECHA)*

**This authorization is good until/Esta autorización es válida hasta que: 🞎** My service case is closed/Se cierre mi caso de servicio 🞎 Other/Otro

For No Wrong Door this authorization is valid for one year from date of signature, unless the individual or his authorized representative specify

an expiration date, event or condition that will occur prior to one year from the date of signature.

Para Ninguna Puerta Equivocada esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma, a menos que el individuo o su representante autorizado especifiquen una fecha de vencimiento, evento o situación que sucederá antes de un año a partir de la fecha de la firma.

I can withdraw this authorization at any time by telling the referring agency. The listed agencies must stop sharing information after they know my authorization has been withdrawn. I have the right to know what information about me has been shared, and why, when, and with whom it was shared. If I ask, each agency will show me this information. I want all agencies to accept a copy of this form as valid authorization to share information. **If I do not sign this form, information will not be shared and I will have to contact each agency individually to give** **information about me that is needed.** However. I understand that treatment and services cannot be conditioned upon whether I sign thisauthorization. There is a potential for information disclosed pursuant to this authorization to be re-disclosed by the recipient and not be subject to the HIPAA Privacy Rule.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al decírselo a la agencia remitente. Las agencias en la lista deben dejar de compartir información después de saber que mi autorización ha sido cancelada. Tengo el derecho a saber qué información sobre mí ha sido compartida, y por qué, cuándo y con quién se compartió. Si lo solicito, cada agencia me mostrará esta información. Quiero que todas las agencias acepten una copia de este formulario como una autorización válida para compartir información. **Si no firmo este formulario, no se compartirá la información y yo tendré que ponerme en contacto con cada agencia individualmente para dar información sobre mí que se necesite**. Sin embargo, entiendo que el tratamiento y los servicios no pueden ser condicionados a que yo firme esta autorización. Hay una posibilidad de que la información divulgada conforme a esta autorización pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y no quede sujeta a la Regla de Privacidad de HIPAA

Signature(s)/ Firma(s): Date/Fecha: \_\_\_\_\_\_\_ (*AUTHORIZING PERSON OR PERSONS/PERSONA O PERSONAS QUE AUTORIZAN)*

Person Explaining Form/Persona que explica el formulario

*(Name/Nombre) (Address/Dirección) (Phone Number/Número teléfono)*

Witness *(If Required)*/Testigo *(si es requerido):*

*(Signature/Firma) (Address/Dirección) (Phone Number/Número teléfono)*

*Approved by the Attorney General’s Office 3/10/08 - Aprobado por la Oficina del Fiscal General 3/10/08*