

Formulario de Autorización del Cliente

Pathways Community Network

Entiendo que, Pathways Headquarters (esta agencia) es parte de la Red Pathways Community, un sistema de computadora diseñado para reducir el tiempo y esfuerzos que me tomaría obtener los servicios sociales que necesito. Por este medio, autorizo a la agencia a lo siguiente

- Ver información sobre mí en el sistema de Pathways
- Introducir en el sistema, información referente a mi situación y la ayuda que necesito

Entiendo que:

- Las agencias del Sistema Pathways mantendrán esta información de manera confidencial
- Otras agencias podrán acceder a esta información únicamente si doy mi permiso a cada una de ellas
- El personal de cada agencia recibe entrenamiento con regularidad con respecto a la privacidad del cliente y su responsabilidad legal de mantener mi información privada
- El sistema Pathways utiliza contraseñas y códigos automatizados para proteger mi privacidad
- La información compartida puede incluir mi nombre, edad, género, estado civil, estado militar o de veterano, dirección, situación de vivienda, e información básica sobre mis metas y los servicios que recibo
- Puedo obtener una copia de la información que el sistema Pathways encuentre sobre mí exceptuando las notas de la psicoterapia y otra información que por ley deba ser privada

También entiendo que tengo derecho a negar esta autorización, y que aunque le otorgue permiso a esta agencia para tener acceso a mi información en el sistema de Pathways, este es revocable en cualquier momento, sin consecuencia alguna ni pena. El permiso que otorgo a esta agencia para ver mi información e introducirla en el sistema de Pathways, expirará en : _____ .

Entiendo además que bajo ciertas circunstancias, la ley puede requerir que ésta agencia o Pathways divulgue parte de mi información confidencial o la totalidad de esta. Esto puede suceder si hay alguna evidencia de abuso de un menor, si existe evidencia de que pueda dañar a otros o a mí mismo(a), o si existiese orden judicial dictando la divulgación de mi información.

Con el fin de mejorar los servicios prestados a las personas necesitadas, los expertos pueden estudiar datos del sistema de Pathways y otras fuentes. Consecuentemente, un investigador independiente podría consultar información personal, tal como nombres y Números de Seguro Social, para asegurarse de que los registros no sean contados dos veces. Dicho investigador eliminará toda la información personalmente identificable antes de que cualquier otra persona examine los datos, para proteger así la privacidad de aquellos a quienes se prestan los servicios. Este procedimiento se lleva a cabo de acuerdo a estándares profesionales, bajo estricta supervisión del gobierno y de la institución de investigación, y en conformidad con todas las regulaciones específicamente dirigidas a aquellos que han recibido servicios por salud mental, abuso de sustancias, HIV/SIDA y violencia doméstica.

Autorizo a esta agencia a ver mi información, y a colocar información sobre mí en el sistema de Pathways.

Firma: _____ Fecha _____

Nombre en Imprenta _____

Número de Identificación Personal: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Firma del testigo: _____