ARV-8
Rev.: 5/04

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento del Trabajo y Recursos Humanos
ADMINISTRACIÓN DE REHABILITACIÓN VOCACIONAL

AUTORIZACIÓN PARA BRINDAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a _____a
Agencia- Institución- Persona

divulgar/compartir con _____
Agencia- Institución- Patrono/Empleador- Persona

_____
Dirección Postal

Información:

- ☐ Médica
- ☐ Psicológica
- ☐ Información relacionada con mi condición de VIH/ SIDA contenida en el expediente de servicios bajo su control.
- ☐ Vocacional/ Educativa/ Ocupacional
- ☐ Otra: Especifique:_____

Esta información a ser divulgada o compartida será utilizada solamente para propósitos de:

_____

_____

_____

Toda información personal obtenida por medio de esta autorización será mantenida confidencial, al igual que cualquiera otra contenida en el expediente de servicios y no será divulgada o compartida ,excepto que un Tribunal lo ordene, sin mi consentimiento por escrito.

Esta autorización es válida: Desde _____ Hasta_____
Día Mes Año Día Mes Año

_____ _____
Firma Sol./Consumidor Firma Consejero en Rehabilitación

_____ _____
Fecha Fecha

NOTA: Si usted desea dejar sin efecto esta autorización, tendrá que hacerlo por escrito.