

File#: _____

RISE Disaster Case Management Consortium
CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

INSTRUCCIONES

La firma y devolución de este formulario autoriza _____ a compartir cierta información personal que se haya reunido sobre usted o su familia, con otras organizaciones de ayuda ante catástrofes y de voluntarios que participan en la Red de Asistencia Coordinada. La _____ necesita compartir esta información para poder coordinar los servicios de ayuda y de asistencia ante catástrofes, y para reducir el papeleo y las solicitudes necesarias para que usted o su familia reciban asistencia y servicios por parte de múltiples organizaciones de ayuda. Todas las organizaciones de ayuda ante catástrofes que participan de la Red de Asistencia Coordinada se comprometen a respetar su privacidad y utilizar esta información con el solo propósito de coordinar y proveer los servicios de ayuda.

A excepción de alguna circunstancia especial, es política de La _____ no divulgar la información sobre las personas o familias que reciben asistencia u otra información personal que se obtenga a través de la provisión de servicios de asistencia en catástrofes, sin el consentimiento escrito del individuo o de la familia. Por lo tanto, necesitamos su consentimiento por escrito para compartir esta información y para ayudar a su familia a obtener los servicios de asistencia de la manera más expeditiva y menos engorrosa posible.

CONSENTIMIENTO Y DIVULGACIÓN

Yo, _____, autorizo por la presente a La _____ a compartir la información personal que posean sobre mí, incluyendo en forma enunciativa pero no taxativa mi nombre, dirección, y otros datos de índole personal y relacionados con el tipo de asistencia que estoy recibiendo, con otras organizaciones de voluntarios y de ayuda ante catástrofes que participan de la Red de Asistencia Coordinada, a fin de coordinar los servicios de asistencia y de ayuda disponibles.

Si desean limitar la divulgación a determinada información, por favor especifique el tipo de información que se dará a conocer.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento contactándome con la _____ a menos que ya se hayan movilizado las organizaciones que participan de la Red de Asistencia Coordinada para obtener y/o divulgar dicha información. Mi firma en este consentimiento indica que he leído lo anteriormente expuesto o que alguien me lo ha leído, y que entiendo los términos y condiciones. He tenido también la oportunidad de realizar preguntas. Estoy firmando este consentimiento también en nombre de mis hijos menores de edad (menos de 18 años).

Firma del Jefe de Familia

Fecha

Firma del Co-Solicitante

Fecha

File#: _____

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Toda información que el/los cliente/s le provea/n al Personal o a los Voluntarios de la Organización será mantenida en la más estricta confidencialidad. Ninguno de los datos relativos a donantes individuales, organizaciones donantes o casos de los clientes se discutirá fuera de las entrevistas oficiales y de los procesos de toma de decisiones de la Organización, a excepción de lo autorizado más arriba.

Firma del Trabajador

Fecha