



Servicios Vocacionales de Rehabilitación
Comisión de la Fuerza Laboral de Texas
**Autorización Para Revelar Historial e Información
Confidencial del Cliente**

Con pocas excepciones, tiene derecho, al pedirlo, a que se le informe acerca de información que VRS revela y recopila acerca de usted. También tiene derecho a recibir y examinar la información, y a que VRS corrija información incorrecta acerca de usted (Fracciones 552.021, 552.023, y 559.004 del Código Gubernamental)

Nombre del cliente:	Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
---------------------	---	----------------------

Historial información a ser revelada:

Revelar la información o mandar historial a (nombre y dirección, si corresponde):

Con que fin revelar (especifique la razón: por ejemplo, petición del cliente, reclamo, litigio, solicitud para discapacidad, participación en cita del cliente):

Acuse de recibo de avisos: Reconozco que VRS me ha dado una copia de esta autorización y que me ha avisado que:

- Podría rehusar firmar la autorización, y que yo rehúse firmarla no afectará que reciba servicios de VRS; y
- Cualquier información obtenida de otra dependencia u organización podrá ser revelada solo bajo las condiciones establecidas por esa dependencia u organización.

Periodo de validez de la autorización: Entiendo que podría revocar esta descarga de responsabilidad por escrito en cualquier momento después de haberla firmado, excepto que cualquier revocación no afecta acciones tomadas bajo esta descarga de responsabilidad. Esta autorización sigue siendo válida hasta que la revoque o hasta la fecha en que deje de ser solicitante o cliente de VRS, la fecha que ocurra primero.

Yo, a favor mío o de cualquier otra persona o entidad que quizás esté interesada en este asunto, por la presente descargo a VRS, y a cualquier otra persona u organización que le pida información a VRS, de toda responsabilidad legal y obligación que quizás surja de esta revelación de información personal en base a la descarga de responsabilidad firmada.

Misceláneos: Autorizo además a VRS y a aquellos que revelen mi información de cuidado de salud e información personal bajo esta autorización para que intercambien esta información electrónicamente (por ejemplo por correo electrónico o fax). Una fotocopia de esta autorización es completamente aceptable como un original.

Firma del cliente, padre, tutor, y/o representante: X	Nombre impreso del cliente, padre, tutor, y/o representante: X	Fecha:
---	--	--------

Este permiso para revelar información cumple con la Ley de Prevención de Abuso de Drogas, Tratamiento y Rehabilitación 42 U.S.C. Fracción. 290ee-3 (290dd-2), la Ley Completa de Abuso de Alcohol y de Prevención de Alcoholismo, Tratamiento, y Rehabilitación de 1973, según fue enmendada, 42 U.S.C. Fracción. 290dd-3 (290dd-2), y 42 CFR Parte 2.