

## INFORMACIÓN CONFIDENCIAL AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN (SVRI)

Al llenar este formulario, se autoriza la divulgación de la información descrita más abajo. La persona (sujeto del registro), cuyos registros se divulgarán, puede tener derecho a revisar y, al pagar la tarifa respectiva, a obtener una copia de dichos registros. Llenar este formulario es **voluntario**, y usted no tiene la obligación de otorgar su consentimiento para divulgar sus datos personales; sin embargo, la DVR puede necesitar ciertos registros antes de que se le puedan brindar sus servicios, incluyendo la determinación de elegibilidad, el Plan Individualizado para el Desarrollo o Revisión Laboral y la coordinación de servicios. Si necesita ayuda para llenar este formulario, solicítela a la persona que se lo entregó o llame a la DVR por el 1-800-442-3477 (voz).

Nombre de **Sujeto del registro** (persona cuyos registros se divulgarán)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de caso IRIS

Fecha de nacimiento

Nombre y dirección de la **agencia u organización a la que autorizo a divulgar información**

Nombre del **Receptor del registro** (a quien se le divulgará la información)

**MAIL:**

Stout Vocational Rehabilitation Institute (SVRI)  
University of Wisconsin-Stout  
221 10<sup>th</sup> Avenue East, Room 201  
Menomonie, WI 54751

**FAX:** (715) 232-1323 (Primary) or (715) 232-5659 (Backup)

Send invoices to the  
Division of Vocational  
Rehabilitation (DVR)

By EMAIL to:  
[dvrvendorinv@dwd.wisconsin.gov](mailto:dvrvendorinv@dwd.wisconsin.gov)  
(preferred method)

Or by MAIL to:  
DVR Center for Consumer  
Payments (CCP)

201 E Washington Ave G400  
P.O. Box 7852  
Madison, WI 53707

**Tipo o alcance de la información que se divulgará** (Escriba sus iniciales junto a los registros o información que desea que se divulguen):

<b>Historial médico:</b> incluye registros de salud general y de diagnóstico o tratamiento por abuso de alcohol o drogas, enfermedad mental u otro impedimento mental y tratamiento de VIH/SIDA. Incluya la firma del médico y las fechas de diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
<b>Historial educativo:</b> especifique (IEP, certificaciones de notas, informe del psicólogo escolar que documenta el impedimento, etc.).

<b>Expediente laboral:</b> incluye registros de desarrollo o colocación laboral, solicitudes de empleo, hojas de vida, documentación de salarios, referencias, etc.
<b>Pruebas psicológicas:</b> incluye evaluaciones vocacionales.
<b>Otros registros:</b> especifique.

**Autorizo a la DVR a comunicarse verbalmente y por escrito con la parte mencionada anteriormente en relación con el caso del sujeto del registro en la DVR.**

Sí                      No                      Sí, con algunas excepciones (especifique):

Mi firma es la autorización para la divulgación de los registros antes especificados. Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que la información haya sido divulgada como resultado de esta autorización. Excepto si resulta revocada, esta autorización tendrá vigencia hasta el momento indicado más adelante. No se autoriza la divulgación de estos registros sin mi consentimiento informado por escrito, excepto según lo estipulado en el Título 34 Sección 361.38 del CFR y el Capítulo 68 del DWD del Código Administrativo de Wisconsin. Si no se especifica una fecha de vencimiento, la autorización expira un año después de la fecha en que fue firmada.

Se considerará con la misma validez del registro original, una fotocopia, fax o copia por correo electrónico de esta Autorización para la Divulgación de Información Confidencial.

**Elija una opción:**

La autorización vence a partir de                      (fecha).

La autorización vence después que tenga lugar la siguiente medida:

**Como lo demuestra mi firma, por la presente, autorizo la divulgación de los registros a las personas o agencias antes especificadas.**

**FIRMA:** persona cuyos registros serán divulgados (sujeto del registro)

Fecha de la firma

**FIRMA:** otra persona legalmente autorizada para dar su consentimiento a la divulgación

Cargo o parentesco con el sujeto del registro

Fecha de la firma