



Authorization for Use and Disclosure of Non-Health Information Autorización para Usar y Revelar Información No Relacionada con la Salud

Clients: We will only disclose the specific information you need addressed to the specific individuals you request.
Clientes: Solo divulgaremos la información específica que necesita ser dirigida a los individuos que usted solicitó.

Adult's Legal Last Name/APELLIDO Legal del Adulto	First/Primer Nombre	Middle/Segundo Nombre	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
Adult's Legal Last Name/APELLIDO Legal del Adulto	First/Primer Nombre	Middle/Segundo Nombre	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
Child's Legal Last Name/APELLIDO Legal del Niño	First/Primer Nombre	Middle/Segundo Nombre	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
Child's Legal Last Name/APELLIDO Legal del Niño	First/Primer Nombre	Middle/Segundo Nombre	Date of Birth/Fecha de Nacimiento
Child's Legal Last Name/APELLIDO Legal del Niño	First/Primer Nombre	Middle/Segundo Nombre	Date of Birth/Fecha de Nacimiento

Client's Initials/ Iniciales del Cliente	From/De Bridges Oregon	To/Para (Agency)	Specific information to be released or requested Información específica a ser revelada o requerida	Mutual Exchange Intercambio Mutuo (YES/NO) (SI/NO)	Expire Date or Event Fecha de Expiración o Evento

**Individuals given permission to see and use the above information only:
 Individuos que tienen permiso de ver y usar la información descrita arriba:**

Client's Initials/ Iniciales del Cliente	Individual/Individuo

Client's Initials Iniciales del Cliente	Individual/Individuo

- I can cancel my permissions to use or disclose my information at any time in writing. I understand this change will not affect information that has already been shared. Puedo cancelar el permiso de usar o revelar mi información en cualquier momento. Entiendo que este cambio no afectará la información que ha sido compartida previamente.
- I have reviewed and understand this form. I understand that federal and state agencies must follow federal law about protecting my information. However, my information could be shared with agencies or businesses that may not be covered by the federal law. They could then share my information with others. He revisado y entendido ésta forma. Entiendo que agencias federales y estatales deben cumplir con la ley federal pertinente para proteger mi información. Sin embargo, mi información puede ser compartida con agencias o empresas que pueden no estar cubiertas por la ley federal y que estos a su vez podrían compartir mi información con otros.

Full Legal Signature or Mark of Client/Firma Legal del Cliente Date/Fecha

Full Legal Signature or Mark of Client/Firma Legal del Cliente Date/Fecha

Full Legal Signature of Legal or Personal Representative/
 Firma Legal del Representante Legal o Personal Date/Fecha

Full Signature of Advocate/Firma de Asistente de Víctimas Date/Fecha

Agency Name/Nombre del Programa

Instructions for the Uses and Disclosures of Non-Health Information Form

Instrucciones sobre la Autorización para Usar y Revelar Información No Relacionada con la Salud

About the form / Sobre la forma

This is a **Voluntary form**. Be sure the individual understands it before signing. Encourage the individual to ask questions about the form and what it allows.

Esta es una forma voluntaria. Asegúrese de que el individuo entienda antes de firmar. Anime a la persona a hacer preguntas acerca de la forma y lo que permite.

Terms used in the form / Terminos usados en la forma

Record Holder: The agency that has confidential information about the client's case.

Titular de Registro: La agencia que tiene información confidencial sobre el caso del cliente.

Mutual exchange: Checking this allows information to go back and forth between the agencies listed on that line. Intercambio mutuo: Al marcar esta permite el ir y venir de la información entre las agencias mencionadas en esa línea.

Team: When a number of individuals or agencies work together regularly on the client's case, this authorization allows information to be released to members of a team. The members of the team must be identified on the form.

Equipo: Cuando un número de individuos o agencias trabajan juntos regularmente en el caso del cliente, esta autorización permite que la información sea divulgada a los miembros de un equipo. Los miembros del equipo deben estar identificados en el formulario.

Signatures and marks / Firmas y marcas

If a client cannot read or write, the client may sign by making a mark. They can also ask someone to sign on their behalf.

Si un cliente no sabe leer ni escribir, el cliente puede firmar haciendo una marca. También pueden pedirle a alguien que firme en su nombre.

If the signer is a guardian or has a power of attorney, a copy of the document must be attached. If an agency has custody of children and its representative signs the release, include a copy of the custody order. A personal representative is allowed to explain and review this form.

Si el firmante es un tutor o tiene un poder, una copia del documento deberá adjuntarse. Si una agencia tiene la custodia de los niños y su representante firma la autorización, incluya una copia de la orden de custodia. Se permite un representante personal para explicar y opinar sobre este formulario.

Personal representative / Representante Personal

If the signer is a guardian or legal custodian of an adult, emancipated minor or deceased patient and is authorized by state law to act on behalf of the individual for making decisions about them, a copy of the legal authority (guardianship or custody order) must be attached to this form.

Si el firmante es un tutor o custodio legal de un adulto, menor de edad emancipado o persona fallecida y está autorizado por la ley estatal para actuar en nombre de la persona para tomar decisiones acerca de ellos, una copia de la autoridad legal (tutela o custodia orden) deberá adjuntarse a este formulario.

Minors / Menores

Minors can consent to medical treatment at age 15; and to mental, emotional or chemical dependency treatment at the age 14. They may sign their own authorization forms related to such treatment. If the individual is a minor, and a parent is authorized by state law to act on behalf of the minor for making decisions about them, the parent may sign the form. If a person or agency has guardianship or legal custody of the minor and is authorized by state law to act on behalf of the minor for making decisions about health care, a copy of the legal authority (guardianship or custody order) must be attached to this form.

Los menores pueden dar consentimiento a tratamiento médico a los 15 años; y para el tratamiento de dependencia mental, emocional o químico a la edad de 14 años. Ellos pueden firmar sus propios formularios de autorización relacionados con dicho tratamiento. Si la persona es menor de edad, y uno de los padres está autorizado por la ley estatal para actuar en nombre del menor para la toma de decisiones acerca de ellos, el padre puede firmar el formulario. Si una persona o agencia tiene la tutela o la custodia legal del menor y está autorizado por la ley estatal para actuar en nombre del menor para la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, una copia de la autoridad legal (tutela o custodia orden) debe ser adjunta a este formulario.

Photocopying / Fotocopias

Keep the original form in the file and send copies to other agencies.

Mantener la forma original en el archivo y enviar copias a otras agencias.

Canceling permission / Cancelación de la autorización

If the person later cancels this entire release form, write "revoked" and the date of revocation boldly across the form. The client must sign and date the form; staff will place a copy in the client's file. If the client wants to revoke only one record holder, follow the same procedures across that record holder only.

Si la persona más adelante cancela este formulario de autorización en su totalidad, escriba "revocado" y la fecha de la revocación audazmente a través del formulario. El cliente debe firmar y fechar el formulario; el personal colocará una copia en el expediente del cliente. Si el cliente quiere revocar un solo poseedor del récord, siga los mismos procedimientos en el poseedor del récord deseado omitir solamente.