



## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA (HIPPA<sup>1</sup>) Y RELEVO**

Nombre: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo al Gobernador de Puerto Rico, al Comité Asesor del Gobernador sobre las Clemencias Ejecutivas, al Programa de Comunidad del Departamento de Corrección y Rehabilitación y a la Junta de Libertad Bajo Palabra, por sí o por medio de sus agentes, a solicitar y usar toda la información médica de mi persona de cualquier proveedor de salud, incluidacualquier información o expediente sobre asuntos de salud física o mental que sea de naturaleza confidencial o privilegiada. Esta autorización es para que la información recibida sea únicamente utilizada con el fin de completar la evaluación de la clemencia ejecutiva que presenté ante el Gobernador de Puerto Rico, Hon. Pedro R. Pierluisi.

Reconozco que esta autorización es voluntaria y que la puedo revocar por escrito y en cualquier momento notificando al Comité Asesor del Gobernador sobre las Clemencias Ejecutivas. No obstante, la revocación no tendrá efecto alguno sobre las acciones tomadas con anterioridad a la revocación.

A su vez, entiendo que si no firmo esta autorización o si, luego de firmarla la revoco, mi petición de clemencia ejecutiva no será evaluada y será archivada administrativamente.

Reconozco que si la entidad autorizada para recibir esta información no es un plan de salud o un proveedor de salud, es posible que la información no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad. Por su parte, si es requerido que la información permanezca confidencial, el que reciba la información así lo mantendrá. Además, reconozco que no podré recibir, revisar ni examinar el contenido de la información obtenida en el curso de la evaluación de la petición de clemencia ejecutiva.

Además, eximo al Gobernador de Puerto Rico, al Comité Asesor del Gobernador sobre las Clemencias Ejecutivas, al Programa de Comunidad del Departamento de Corrección y Rehabilitación, a la Junta de Libertad Bajo Palabra y a los custodios de esa información —tales como amigos, familiares, vecinos, conocidos, compañeros de trabajo, patronos actuales o previos, negocios, escuelas, colegios, universidades o cualquier institución educativa, hospitales o cualquier depósito de récords médicos, agencias crediticias, agencias de informes al consumidor o personal, agencias para el cumplimiento de la ley o correccional o cualquier persona que se estime relevante— de cualquier responsabilidad o daño y perjuicio que en cualquier momento pueda resultar a mi persona, mi familia o asociados debido al cumplimiento de esta autorización o solicitud de divulgación de información.

Esta autorización expira luego que el Gobernador haya tomado una determinación final sobre la petición de clemencia que he solicitado.

Una copia de este documento será suficiente para autorizar recopilar la información a la entidades antes mencionadas.

\_\_\_\_\_

**FAVOR DE INICIAR ESTA PÁGINA**

<sup>1</sup> Se refiere a la ley federal *Health Insurance Portability and Accountability Act*.

Certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones esbozados en éste. Certifico, además, que yo, como autorizante, he obtenido una copia de este documento luego de haber sido firmado.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Además, según es requerido, autorizo de forma separada a que el Gobernador de Puerto Rico, el Comité Asesor del Gobernador sobre las Clemencias Ejecutivas, el Programa de Comunidad del Departamento de Corrección y Rehabilitación y la Junta de Libertad Bajo Palabra, por sí o por medio de sus agentes, soliciten y usen cualquier información médica que pueda contener datos sobre abuso físico o sexual, alcoholismo, abuso de sustancias controladas, tratamiento de salud mental o cualquier otra información médica, con el fin de evaluar la petición de clemencia ejecutiva que presenté ante el Gobernador, Hon. Pedro R. Pierluisi.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Para uso del Comité Asesor del Gobernador sobre las Clemencias Ejecutivas**

Fecha de recibo de autorización: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_