



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI
 DIVISIÓN DE MENORES
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES NO-MÉDICOS
 POR/PARA LA DIVISIÓN DE MENORES**

Al firmar este permiso, usted autoriza a la División de Menores o a otra persona u organización con la cual está usted familiarizado, a divulgar u obtener información relacionada con usted o su familia en el transcurso de su relación con la división. Todas las partes involucradas deben darse cuenta que este permiso es para usarse con los expedientes **NO-MÉDICOS**. **Este permiso no cumple con la ley HIPAA y no puede usarse para expedientes que contengan información de salud protegida por la Ley HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act).**

Yo, _____ autorizo y solicito por la presente a:

(Nombre de Individuo, Guardián, Representante Personal o Legal)

- División de Menores
- Escuela _____
(Nombre de la Escuela)
- División de Apoyo a la Familia
- Otras partes _____
(Especifique de parte de quién se solicita la información)

A divulgar los expedientes relacionados con:

- _____
(Nombre de Individuo, Guardián, Representante Personal o Legal) _____
(Fecha de nacimiento)

Mi(s) hijo(s):

(Especifique el nombre de los menores)	(Fecha de nacimiento)	(Especifique el nombre de los menores)	(Fecha de nacimiento)

A:

- División de Menores
- Otras partes _____
(Especifique quién recibirá la información solicitada)

Entiendo que ciertas restricciones aplican a la divulgación de esta información, conforme a las leyes estatales y federales. Entiendo que no tengo derecho a información relacionada con la identidad de la persona que denuncia el abuso y negligencia. Entiendo que se omitirán las partes del expediente a las que no tengo derecho, conforme a las leyes estatales y federales.

Esta autorización caducará en _____ o 90 días después de la fecha de la firma de abajo, si no se especifica.
(Especifique fecha)

Al firmar aquí e indicar mi número de seguro social como identificación personal, afirmo que tengo autoridad legal para solicitar esta información.

(Nombre impreso)	(Número de Seguro Social)	(DCN, si está disponible)
(Firma)	(Fecha)	