*El cliente debe escribir sus iniciales en cada sección que corresponda y firmar al final. El trabajador debe completar la certificación.*

## Consentimiento informado para recopilar y registrar información personal

Acepto que [name of entity capturing] almacene la información personal que yo o mi representante autorizado proporcionemos en el sistema de datos de clientes que mantiene New York State Office for the Aging (NYSOFA) (*Oficina para Adultos Mayores del Estado de Nueva York*). Almacenar mi información de esa manera permite que otras agencias que utilicen el sistema de datos de clientes vean mi información si se realiza una derivación, pero esto solo sucederá con mi permiso.

Comprendo que esta información se recopilará para ayudar a proveer servicios de State Office for the Aging y Offices for the Aging locales. También ayudará a identificar otros servicios que yo pudiera necesitar. Comprendo que esta información es necesaria para que se proporcionen algunos servicios. La autoridad que proveerá estos servicios y recopilará mi información para estos fines está contemplada en Older Americans Act y New York State Elder Law.

Comprendo que, de conformidad con New York State's Personal Privacy Protection Law, se mantendrá la confidencialidad de mi información personal. No se compartirá sin mi permiso.

Comprendo qué información se almacenará, la necesidad de dicha información, y que existen leyes y reglamentos que protegen mi información.

Comprendo que mi firma en esta autorización es voluntaria, pero que negarme a firmarla podría limitar las opciones disponibles para mí.

**Iniciales del cliente _____**

---

## Consentimiento informado para derivar y compartir información personal

Solicito y acepto que [Entity making referral] divulgue todos los registros solicitados, que incluyen, entre otros, información personal, información de salud y toda otra información concerniente a mí que he proporcionado a [entity making referral] para las siguientes entidades a fin de que puedan derivarme a servicios que yo pudiera necesitar, o con los siguientes fines:

_____

_____

_____

_____

Comprendo qué información se divulgará, la necesidad de dicha información, y que existen leyes y reglamentos que protegen la confidencialidad de esta información.

Comprendo que mi firma en esta autorización es voluntaria, pero que negarme a firmarla podría limitar las opciones disponibles para mí.

Comprendo que el destinatario podría volver a divulgar la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización, y que en dicho caso ya no estaría protegida por las leyes estatales o federales.

**Iniciales del cliente _____**

---

## Consentimiento informado para compartir determinada información en caso de catástrofe o emergencia

En caso de que ocurra una catástrofe o emergencia, acepto que se divulgue información sobre los servicios que recibo, mi situación de vivienda y con quiénes vivo, el equipo o los servicios médicos que necesito a diario, los medicamentos con receta que tomo a diario, mis necesidades alimentarias especiales, mis necesidades especiales de comunicación, ceguera u otros impedimentos visuales, y toda información sobre mi estado general y movilidad.

Comprendo que dicha información solo se proporcionará a aquellos que la utilicen para responder ante una emergencia, como agencias gubernamentales, organismos de orden público o quienes actúan en su nombre en caso de que ocurra una catástrofe o una situación de emergencia.

Comprendo que el destinatario podría volver a divulgar la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización, y que en dicho caso ya no estaría protegida por las leyes estatales o federales.

**Iniciales del cliente** _____

Acepto las medidas antedichas en las que he escrito mis iniciales. Las autorizaciones proporcionadas no tendrán vencimiento, a menos que sean revocadas.

_____ _____
*Firma de la persona o representante legal* *Fecha*

_____
*Nombre de la persona (en letra de imprenta)*

_____
*Si es el representante legal, indique su nombre y el vínculo con la persona*

~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~

**ATTESTATION**
*To be completed by worker*

I attest that informed consent, as indicated, was obtained from the above individual, who provided his/her signature above. All appropriate processes were followed, and consent was provided voluntarily.

_____ _____
*Signature* *Date*

_____
*Print*