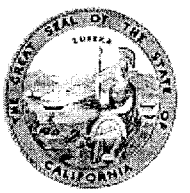
State of California—Health and Human Services Agency

Department of Health Services

California
Department of
Health Services

DIANA M. BONTÁ, R.N., Dr. P.H.
Director



GRAY DAVIS
Governor

June 13, 2003

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY ADMINISTRATIVE OFFICERS
ALL COUNTY MEDI-CAL PROGRAM SPECIALISTS/LIAISONS
ALL COUNTY MENTAL HEALTH DIRECTORS

Letter No.: 03- 32

SUBJECT: MC 220 *AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION*
(Ref.: All County Welfare directors Letter Nos.: 86-31, 91-40)

The purpose of this letter is to introduce the new MC 220, *Authorization for Release of Information*, which is required by the Privacy Rules of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996. This law, which went into effect on April 14, 2003, imposes national rules for the protection and dissemination of individuals' health records.

The new MC 220 follows as closely as possible the *Authorization to Disclose Information To The Social Security Administration* (Form SSA-827) designed by the Social Security Administration to meet the new HIPAA rules. The form is designed to provide all the items that providers must have in an authorization before they are permitted to disclose protected health information. Since the form authorizes the release of information other than medical records (i.e. education records), the name of the form has been changed from *Authorization for Release of Medical Information* to *Authorization for Release of Information.*

The MC 220 has changed significantly.

- It requires a witness if the individual authorizing the disclosure signs with a mark, or if the signature is illegible, or is signed in foreign characters.
- If the authorization is for a minor age twelve and over whose disability is linked to services available through the Minor Consent program, the minor must sign the Release, and the "Minor Consent Services Only" box must be checked.
- The form no longer requires the source's name.
- The form no longer requires beginning and ending dates. It is valid for one year from the date signed.

Do your part to help California save energy. To learn more about saving energy, visit the following web site:
www.consumerenergycenter.org/flex/index.html

- The form now includes revocation procedures which allow the applicant to revoke the authorization by contacting State Programs-Disability and Adult Programs Division, Attention: Professional Relations Specialist.

Although HIPAA allows providers to accept photocopies of an original MC 220, and also allows Releases to be transmitted electronically, counties must continue to provide an MC 220 for each provider listed on the MC 223. Social Security has requested that DDS conduct a field test to determine if providers will accept the photocopied forms. If it can be established that the photocopies are acceptable to the providers, the counties will be instructed to change the procedure to obtain one original signature and make photocopies of the signed MC 220 for each provider listed on the MC 223.

All copies of the MC 220 dated prior to 4/03 must be destroyed immediately. Any disability packets received by State Programs that contain a prior version of the MC 220 and that were signed on or after April 14, 2003, will be rejected. Attached is a camera ready copy of the English and Spanish versions of the new form that can be photocopied until the forms can be obtained from the warehouse. This form is also available on the Internet at http://dhs.ca.gov/publications/forms/Medi-Cal/eligibilitybynumber.htm. Other languages will be available at a later date.

If you have any questions regarding the MC 220 *Authorization for Release of Information,* please contact Ms. Betty Mosher of my staff, at (916) 654-0630.

ORIGINAL SIGNED BY

Beth Fife, Chief
Medi-Cal Eligibility Branch

Enclosure

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

Whose records are to be disclosed:		
Name—First	Middle	Last
Social security number	Date of birth (mm/dd/yyyy)	

PLEASE READ THE ENTIRE FORM, BOTH PAGES, BEFORE SIGNING.

I voluntarily authorize and request disclosure (including paper, oral, and electronic interchange):

OF WHAT: All my medical records; also education records and other information related to my ability to perform tasks. This includes specific permission to release:

1. All records and other information regarding my treatment, hospitalization, and outpatient care for my impairment(s) including, and not limited to:
   - Psychological, psychiatric, or other mental impairment(s) (excludes "psychotherapy notes" as defined in 45 CFR 164.501)
   - Drug abuse, alcoholism, or other substance abuse
   - Sickle cell anemia
   - Human immunodeficiency virus (HIV) infection (including acquired immunodeficiency syndrome [AIDS] or tests for HIV) or sexually transmitted diseases
   - Genetic test results
2. Information about how my impairment(s) affects my ability to complete tasks and activities of daily living or affects my ability to work.
3. Copies of educational tests or evaluations, including Individualized Educational Programs, triennial assessments, psychological or speech evaluations, and any other records that can help evaluate function; also teacher's observations and evaluations.
4. Not only past information, but also information created within 12 months after the date this authorization is signed.

FROM WHOM:
- All medical sources (hospitals, clinics, physicians, psychologists, labs, etc.) including mental health facilities
- All educational sources (schools, teachers, records administrators, counselors, etc.)
- Social workers/rehabilitation counselors
- Consulting examiners used by State Programs–Disability and Adult Programs Division (SP–DAPD)
- Employers
- Others who may know about my condition (family, neighbors, friends)

TO WHOM: The California State Department of Social Services (CDSS) or the State Department of Health Services (SDHS) for the purpose of determining whether I qualify for disability benefits, including contract copy services used to duplicate the records, and doctors or other professionals consulted during the process of making the determination.

PURPOSE: Determining my eligibility for benefits, including looking at the combined effect of any impairments that by themselves would not meet the Social Security Administration's definition of disability.

EXPIRES WHEN: This authorization is good for 12 months from the date signed.
- I authorize the use of a copy (including electronic copy or fax) of this form for the disclosure of the information described above.
- I understand that there are some circumstances where this information may be redisclosed to other parties (see page 2 for details).
- Except for actions already taken, I may write to the Disability and Adult Programs Division and my sources to revoke this authorization at any time (see page 2 for details).
- I am entitled to a copy of this form, if I ask; I also have a right to ask the source to let me inspect or get a copy of the material to be disclosed.
- **I have read both pages of this form and agree to the disclosure above from the types of sources listed.**

INDIVIDUAL authorizing disclosure

Signature	Date	MINOR CONSENT SERVICES ONLY
➤		☐ Yes ☐ No

If not signed by subject of disclosure, specify basis for authority to sign

☐ Parent of minor ☐ Guardian ☐ Other personal representative (explain relationship to subject and why the subject is unable to sign.)

NOTE: MINORS AGE 12 AND OLDER WHO COULD CONSENT TO SERVICES UNDER THE FAMILY CODE, MUST SIGN A RELEASE. ADDITIONALLY, THE PARENT OR GUARDIAN OF EVERY MINOR MUST SIGN A SEPARATE RELEASE EXCEPT IN THOSE CASES INVOLVING MINOR CONSENT ONLY. (See explanation on the reverse.)

WITNESS: I know the person signing this form or am satisfied of this person's identity: (Required for "X," illegible, or foreign character signatures)

Signature		Date	
➤			
Street address (number, street)	City	State	ZIP code

This general and special authorization to disclose information has been developed to comply with the provisions regarding disclosure of medical and other information under: The Health Insurance Portability and Accountability Act, Section 262 (a), 42 U.S. Code, Section1320d–1320d-8 (45 CFR Part 164); 42 U.S. Code, Section 290dd-2 (42 CFR part 2); 38 U.S. Code, Section 7332; 20 U.S. Code, Section 1232g (34 CFR Parts 99 and 300); and state law, including Civil Code, Section 56.10(b), Welfare and Institutions Code, Sections 10850 and 14100.2 and Civil Code, Sections 1798–1798.78.

DO NOT ALTER THIS FORM

Explanation of MC 220
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

We need your written authorization to help you get the information required to process your application for disability. Laws and regulations require that sources have an authorization before releasing information to us. Also, laws require authorization for the release of information about certain conditions and from educational sources.

You can provide this authorization by signing a form MC 220. Federal law permits sources with information about you to release that information if you sign a single authorization to release all your information from all your possible sources. If you sign such a single authorization, we will make copies of it for each source we contact to get your information. If for any reason we need additional authorizations, we will contact you.

The reason we need minors age 12 and older to sign an authorization, in addition to the authorization signed by the parent/ guardian, is that a confidential physician-patient relationship can exist between a child and his/her doctor based on Family Code, Sections 6920–6929 under certain circumstances once the child turns 12 years of age. HIPAA authorizes disclosure in reliance on the authorization of an unemancipated minor when other provision of law allows the minor to authorize the treatment or care described in the documents to be disclosed. [45 CFR § 164.502(g)(3).] Consequently, it may be necessary to secure the child's consent in lieu of or in addition to consent by a parent in order to secure access to the needed information.

You have the right to revoke and/or modify this authorization at any time, except to the extent an action has already occurred. To do so, send a written statement to State Programs-Disability and Adult Programs Division, Attention: Professional Relations Specialist. If you do, also send a copy directly to any of your sources of information that you no longer wish to disclose information about you. The California Department of Social Services can tell you if we identified any sources you did not originally tell us about. As described below, revocation or modification could result in loss of benefits.

IMPORTANT INFORMATION, INCLUDING NOTICE REQUIRED BY THE INFORMATION PRACTICES ACT

All personal information collected by CDSS is protected by the Information Practices Act of 1977. In addition, information made or kept by CDSS or the SDHS in connection with the Medi-Cal program is protected by California Welfare & Institutions Code, Section 14100.2; and Title 42, United States Code (USC), Section 1396a(a)(7). Information is retained by CDSS in adherence to retention schedules prescribed by the department.

CDSS is authorized to collect the information, acting under an agreement with the SDHS, on this form under Section 14011 of the California Welfare and Institutions Code and regulations in Title 22, California Code of Regulations (CCR). The information on this form is needed to make a decision on the named applicant or beneficiary's application for, or continued eligibility for, Medi-Cal based on disability. While giving us the information on this form is voluntary, failure to provide all or part of the requested information could prevent an accurate or timely decision on the named applicant's application or on the continuation of benefits. Although the information obtained with this form is not typically used for any purpose other than making a determination of the applicant's disability status, such information may be disclosed by CDSS or SDHS for reasons related to the administration of the Medi-Cal Program, such as, but not necessarily limited to: (1) to enable a third party or agency to assist CDSS or SDHS in establishing rights to Medi-Cal benefits, (2) to facilitate statistical research, audit activities and fraud and abuse investigations/programs necessary to assure the integrity and improvement of the Medi-Cal Program, and (3) in administrative and related legal proceedings involving your appeal of a decision of the Medi-Cal Program. An individual has a right to access records containing his/her personal information that are maintained by CDSS. The official responsible for maintaining the information is the Deputy Director of the Disability and Adult Programs Division, 744 P Street, Sacramento, CA 95814, (916) 657-2265.

ATTENTION APPLICANTS/RECIPIENTS FOR CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR AGED, BLIND OR DISABLED IMMIGRANTS (CAPI)

In CAPI cases, in addition to the protection afforded to personal records by the Information Practices Act, as discussed above, the documents and information collected based on this authorization are subject to the protection accorded by Welfare and Institutions Code, Section 10850, et. seq., but not that provided by Welfare and Institutions Code, Section 14100.2 or other provisions applicable to the Medi-Cal Program. In general, Section 10850 forbids disclosure of lists of recipients on nonmedical public social services such as CAPI, or other identifying information or personal information for any purpose not connected with the administration of CAPI. The law authorizes the use of the records in connection with investigation, auditing, and in administrative, civil and criminal proceedings connected with CAPI program administration. The law also authorizes the sharing of such information with other public agencies for the purposes of determining eligibility for and other purposes connected with the administration of public social services, and with school officials for the purposes of administering federally assisted programs providing cash assistance or in-kind services directly to individuals based on need. Also, the law authorizes disclosure of information for research purposes, provided that information identifying the person who the records are about, is removed from the records. There is also the possibility of disclosure pursuant to an order of a court of competent jurisdiction. In reality, however, the kinds of records actually collected for the CAPI program based on this authorization are likely to be used exclusively for determining disability, except where a court orders disclosure for other purposes.

AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Los expedientes de quién se revelarán:		
Nombre—Nombre de pila	Inicial	Apellido
Número de seguro social	Fecha de nacimiento (mes/día/año)	

POR FAVOR, LEA AMBAS PÁGINAS DEL FORMULARIO ENTERO, ANTES DE FIRMAR.

Yo, autorizo y solicito voluntariamente la revelación (incluyendo el intercambio en papel, verbal y electrónico):

DE QUÉ: Todos mis expedientes médicos; además mis expedientes educativos y demás información relacionada con mi capacidad de desempeñar tareas. Esto incluye el permiso específico para revelar:

1. Todos los expedientes y demás información con respecto a mi tratamiento, hospitalización y atención en calidad de paciente ambulante, para mi(s) incapacidad(es), incluyendo, y no limitándose a:
   - Incapacidad(es) psicológica(s), psiquiátrica(s) u otra(s) incapacidad(es) mental(es) (excluyendo las "notas de psicoterapia", según se definen en el 45 CFR 164.501)
   - Drogadicción, alcoholismo u el abuso de otras substancias
   - Anemia de drepanocito *(Sickle cell anemia)*
   - Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (incluyendo el síndrome de inmunodeficiencia adquirida [SIDA] o pruebas para el VIH) o enfermedades transmitidas sexualmente
   - Resultados de pruebas genéticas
2. Información sobre cómo mi(s) incapacidad(es) afecta(n) mi capacidad para completar tareas y actividades de la vida diaria, o afecta(n) mi capacidad para trabajar.
3. Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluyendo Programas Educativos Individualizados *(Individualized Educational Programs)*, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas o del habla, y cualesquier otros expedientes que pueden ayudar a evaluar la función; además, las observaciones y evaluaciones de los maestros.
4. No únicamente la información pasada, sino también la información creada en un período de 12 meses, después de la fecha de que se firme esta autorización.

DE QUIÉN(ES):

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, médicos, psicólogos, laboratorios, etc.) incluyendo establecimientos de salud mental
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, administradores de expedientes, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Examinadores asesores utilizados por Programas Estatales–División de Programas de Adultos e Incapacidades *(State Programs–Disability and Adult Programs Division [SP–DAPD])*
- Empleadores
- Otras personas que podrían conocer lo referente a su condición (familiares, vecinos, amigos)

A QUIÉN(ES): Al Departamento de Servicios Sociales del Estado de California (California State Department of Social Services [CDSS]) o al Departamento de Servicios de Salud del Estado (State Department of Health Services [SDHS]) con el fin de determinar si reúno los requisitos para recibir beneficios de incapacidad, incluyendo los servicios de la copia de contrato, utilizados para duplicar los expedientes, así como a los médicos u otros profesionales a los que se consultaron durante el proceso para tomar la determinación.

PROPÓSITO: El determinar mi elegibilidad para recibir beneficios, incluyendo el considerar el efecto combinado de cualesquier incapacidades que, por sí solas, no cumplirían con la definición de incapacidad de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

CADUCA CUÁNDO: Esta autorización es válida por un período de 12 meses, a partir de la fecha en que se firme.

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo una copia electrónica o de fax) de este formulario, para la revelación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que existen algunas circunstancias cuando esta información podría volver a revelarse a otras partes interesadas (vea la página 2 para detalles).
- Excepto para medidas que ya se hayan tomado, puedo escribir a la División de Programas de Adultos e Incapacidades y mis fuentes, para revocar esta autorización en cualquier momento (vea la página 2 para detalles).
- Tengo derecho a una copia de este formulario, si la pido; además, tengo derecho a pedirle a la fuente que me deje inspeccionar u obtener una copia del material que se revelará.
- **He leído ambas páginas de este formulario, y estoy de acuerdo en la revelación anterior, de los tipos de fuentes enumeradas.**

PERSONA que autoriza la revelación

Firma	Fecha	SÓLO PARA SERVICIOS DE CONSENTIMIENTO DE MENORES
➤		☐ Sí ☐ No

Si no firma la persona sobre quien es la revelación, especifique la base de la autoridad para firmar

☐ Padre/Madre del menor ☐ Tutor(a) legal ☐ Otro(a) representante personal (explique la relación con la persona, y la razón por la cuál ésta no puede firmar.)

NOTA: LOS MENORES DE 12 AÑOS DE EDAD Y MAYORES, QUE PODRÍAN DAR SU CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS, BAJO EL CÓDIGO DE FAMILIA, TIENEN QUE FIRMAR UNA REVELACIÓN. ADEMÁS, EL PADRE/LA MADRE O TUTOR(A) LEGAL DE CADA MENOR TIENE QUE FIRMAR UNA REVELACIÓN POR SEPARADO, EN AQUELLOS CASOS QUE INVOLUCRAN EL CONSENTIMIENTO DE MENORES SOLAMENTE. (VEA LA EXPLICACIÓN EN EL REVERSO.)

TESTIGO: Yo conozco a la persona que firma este formulario, y estoy satisfecho(a) con la identidad de esta persona. (Se requiere para las firmas con una "X", ilegibles o de símbolos extranjeros)

Firma		Fecha	
➤			
Dirección residencial (número, calle)	Ciudad	Estado	Zona postal

Esta autorización general y especial para revelar información se ha elaborado para cumplir con las disposiciones con respecto a la revelación de información médica y otra información, conforme a: La Sección 262 (a) de la Ley de Responsabilidad y Transmisión de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act), la Sección 1320d–1320d-8 (CFR 45 Parte 164) del Código de los Estados Unidos 42; la Sección 290dd-2 (CFR 42 parte 2) del Código de los Estados Unidos 42; la Sección 7332 del Código de los Estados Unidos 38; la Sección 1232g (CFR 34 Partes 99 y 300) del Código de los Estados Unidos 20; y la ley estatal, incluyendo la Sección 56.10(b) del Código Civil, las Secciones 10850 y 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Pública y las Secciones 1798–1798.78 del Código Civil.

NO CAMBIE ESTE FORMUALRIO

Explicación del Formulario MC 220
AUTORIZACIÓN PARA LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Necesitamos su autorización por escrito, para ayudarle a obtener la información que se requiere para tramitar su solicitud de incapacidad. Las leyes y regulaciones exigen que las fuentes tengan una autorización, antes de revelarnos información. Además, las leyes exigen la autorización para la revelación de información sobre ciertas condiciones, así como de fuentes educativas.

Usted puede proporcionar esta autorización, firmando un formulario MC 220. La ley federal permite que las fuentes con información sobre usted revelen esa información, si usted firma una sola autorización, para revelar toda su información, de todas sus posibles fuentes. Si usted firma esa sola autorización, haremos copias de la misma, para cada fuente con la que nos comuniquemos para obtener su información. Si por cualquier razón, necesitamos autorizaciones adicionales, nos comunicaremos con usted.

La razón por la que necesitamos que los menores de 12 años de edad y mayores firmen una autorización, además de la autorización firmada por el padre/la madre/tutor(a) legal, es que puede existir una relación confidencial entre médico y paciente entre un(a) niño(a) y su médico, en base a las Secciones 6920-6929, del Código de Familia, bajo ciertas circunstancias, una vez que el/la niño(a) cumpla los 12 años de edad. La *HIPAA* autoriza la revelación, confiando en la autorización de un(a) menor no emancipado(a), cuando otra disposición de ley le permite al/a la menor autorizar el tratamiento o atención descritos en los documentos que se revelarán. [45 CFR § 164.502(g)(3).] Por consecuencia, es posible que sea necesario obtener el consentimiento del/de la niño(a), en lugar de, o además del consentimiento de uno de los padres, a fin de obtener acceso a la información necesaria.

Usted tiene derecho a revocar o modificar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una acción ya haya ocurrido. Para hacerlo, envíe una declaración por escrito a Programas Estatales - División de Programas de Adultos e Incapacidades, dirigida a: Especialista en Relaciones Profesionales. Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes de información, indicándoles que ya no desea revelar información sobre usted. El Departamento de Servicios Sociales de California puede indicarle si identificamos algunas fuentes que usted originalmente no nos indicó. Según se describe a continuación, la revocación o la modificación podría resultar en la pérdida de beneficios.

INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUYENDO LA NOTIFICACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE PRÁCTICAS SOBRE LA INFORMACIÓN

Toda la información personal que el *CDSS* recopile está protegida por la Ley de 1977 de Prácticas sobre la Información. Además, la información producida o conservada por parte del *CDSS* o del *SDHS*, en conexión con el programa de Medi-Cal está protegida por la Sección 14100.2, del Código de Instituciones y Asistencia Pública de California; y la Sección 1396a(a)(7), del Código de los Estados Unidos (*USC*), del Título 42. El *CDSS* retiene la información conforme a los horarios de retención prescritos por el departamento.

El *CDSS* está autorizado para recopilar la información, actuando conforme a un acuerdo con el *SDHS*, en este formulario, bajo la Sección 14011, del Código de Instituciones y Asistencia Pública de California y las regulaciones en el Título 22, del Código de Regulaciones de California (*CCR*). La información en este formulario se necesita para tomar una decisión acerca de la solicitud del/de la solicitante o beneficiario(a) nombrado(a) para, o la eligibilidad continua para Medi-Cal, en base a una incapacidad. Aunque el darnos la información en este formulario es voluntario, el no proveer toda, o parte de la información solicitada podría evitar una decisión precisa u oportuna sobre la solicitud del/de la solicitante nombrado(a), o sobre la continuación de beneficios. Aunque la información que se obtenga con este formulario no se utiliza típicamente, para ningún otro fin que no sea el tomar una determinación de la condición de incapacidad del/de la solicitante, el *CDSS* o el *SDHS* puede revelar dicha información, por razones relacionadas a la administración del Programa de Medi-Cal, como por ejemplo, pero no necesariamente limitándose a: (1) permitirle a una tercera parte o dependencia que ayude al *CDSS* o al *SDHS* a establecer los derechos a recibir beneficios de Medi-Cal, (2) facilitar estudios estadísticos, actividades de auditorías e investigaciones/programas sobre el fraude y el abuso, necesarios para garantizar la integridad y mejora del Programa de Medi-Cal, y (3) en procesos administrativos y procesos legales relacionados, que involucren su apelación de una decisión del Programa de Medi-Cal. Una persona tiene derecho a tener acceso a los expedientes que contengan su información personal, que el *CDSS* mantiene. El/la funcionario(a) responsable de mantener la información es el Director Suplente de la División de Programas de Adultos e Incapacidades, 744 P Street, Sacramento, CA 95814, (916) 657-2265.

ATENCIÓN SOLICITANTES/BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE AYUDA EN EFECTIVO PARA LOS INMIGRANTES ANCIANOS, CIEGOS O INCAPACITADOS *(CASH ASSISTANCE PROGRAM FOR AGED, BLIND OR DISABLED IMMIGRANTS - CAPI)*

En los casos del *CAPI*, además de la protección brindada a los expedientes personales por parte de la Ley de Prácticas sobre la Información, según se trató anteriormente, los documentos y la información recopilados, en base a esta autorización, están sujetos a la protección acordada por la Sección 10850 y las que siguen, del Código de Instituciones y Asistencia Pública, pero que no las estipulan la Sección 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Pública u otras disposiciones pertinentes al Programa de Medi-Cal. En general, la Sección 10850 prohibe la revelación de listas de beneficiarios sobre servicios sociales públicos que no son médicos, como por ejemplo el *CAPI*, u otra información que identifique o información personal, para cualquier fin que no esté conectado con la administración del *CAPI*. La ley autoriza el uso de los expedientes, en conexión con la investigación, auditoría, y en procesos administrativos, civiles y criminales conectados con la administración del programa de *CAPI*. Además, la ley autoriza el compartimiento de dicha información con otras dependencias públicas, para los fines de determinar la elegibilidad para, y otros fines concentados con la administración de servicios sociales públicos, y con funcionarios de escuelas, para fines de administrar programas de asistencia federal, que proveen asistencia en efectivo o servicios semejantes, directamente a las personas, en base a su necesidad. Además, la ley autoriza la revelación de información para fines investigativos, siempre y cuando la información que indentifique a la persona de quien son los expedientes, se extraiga de los expedientes. Además, existe la posibilidad de revelación, conforme a una orden de un tribunal de jurisdicción competente. Sin embargo, en realidad, las clases de expedientes que se recopilan realmente para el programa de *CAPI*, en base a esta autorización, probablemente se utilicen exclusivamente para determinar la incapacidad, excepto cuando un tribunal ordene la revelación para otros fines.