



Autorización para divulgar, usar o aceptar información médica protegida

(Observe: para las personas que reciben tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, esta forma sirve como el consentimiento que se exige en el Título 42, Sección 2.31 del Código de Regulaciones Federales).

Usted tiene el derecho de negarse a firmar esta autorización.

El Departamento de Servicios para Adultos Mayores y Personas Discapacitadas (DADS) no le negará tratamiento, beneficios de Medicaid ni el procesamiento de pagos si usted no firma esta autorización.

Recibirá una copia de esta autorización firmada.

Persona	Núm. de caso	FDN
---------	--------------	-----

Autorizo al personal designado de: (nombre del centro)

para que divulgue, use o reciba la siguiente información médica protegida sobre mí: (descripción de los tipos específicos de información, incluso el periodo cubierto)

El personal designado del centro puede divulgar a (o recibir de): (nombre de la persona, organización o centro)

La divulgación o el uso es para el siguiente propósito:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> para coordinar mi planeación o colocación después de haber sido dado de alta | <input type="checkbox"/> para ayudar en la colocación educacional |
| <input type="checkbox"/> para cumplir con mi petición | <input type="checkbox"/> para ayudar con financiación adicional |
| <input type="checkbox"/> para hablar con mi familia sobre los servicios y el tratamiento que recibo | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

También autorizo que se divulgue, use o acepte mi información médica relacionada con:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> tratamiento del abuso de alcohol y drogas |

Notas:

- Si usted autoriza la divulgación de información, entonces, excepto por la información relacionada con el tratamiento del abuso de alcohol y drogas, existe la posibilidad de que la persona que reciba la información divulgue más adelante la información descrita. Si la información se divulga más adelante, entonces ya no tiene la protección de las leyes de confidencialidad médica.
- Si firma como padre, tutor o tutor principal de un menor o como curador de un adulto, la información divulgada, usada o recibida puede mencionarlo a usted o a su familia.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización. Para revocar esta autorización, tiene que entregar una declaración por escrito, firmada por usted, a la organización o al centro al que autorizó (identificado arriba), que contenga la fecha y el propósito de esta autorización y su intención de revocarla. Su revocación entrará en vigor en la fecha en que la organización o el centro la reciba, excepto hasta el punto en que la organización o el centro ya haya utilizado su autorización para usar o divulgar su información médica, como se describe en el Aviso de normas sobre la confidencialidad.

A menos que esta autorización se revoque antes, se vencerá: (fecha, actividad o condición para el vencimiento)

_____ Firma de la persona	_____ Fecha
_____ Firma del representante (si tiene uno)	_____ Relación del representante con la persona
	_____ Fecha

Una copia o transmisión por fax es tan válida como el original.