

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD A RSA

Yo, el solicitante/cliente de RSA o su representante legal que firma a continuación, por la presente autorizo a:

Persona / Organización _____

Dirección (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tel. _____ Fax _____

A utilizar o divulgar información de salud incluyendo, si corresponde, información referente al diagnóstico y tratamiento de salud mental, abuso de drogas y/o alcohol e información con respecto al VIH:

Nombre _____ También conocido como (alias) _____

Dirección (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Fecha de vencimiento de la autorización _____ Número de ID del Cliente _____

La información puede ser divulgada y usada por el siguiente:

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY / ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Atención: _____

Dirección (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

Método de entrega solicitado: Correo Verbal Recoger Revisar Fax

La(s) fecha(s) de servicio y el (los) tipo(s) de información a usarse o divulgarse son lo siguiente:

Antecedentes médicos _____

Resumen(es) médico(s) del hospital _____

Notas del tratamiento del paciente externo _____

Informe del laboratorio _____

Notas de progreso _____

Evaluación psiquiátrica _____

Evaluación psicológica _____

Expedientes escolares _____

Otro _____

El propósito de la divulgación o uso es: Médico Derecho a RSA y la prestación de servicio

A la petición del solicitante/cliente Otro: _____

- Sin fecha de vencimiento o condición especificada, esta autorización se vencerá a un año de la fecha que fue establecida.
- Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación escrita a la persona u organización nombrada arriba que divulgue mi información de salud, excepto a tal grado que la divulgación autorizada ha sido efectuada antes del recibo de cualquier revocación.
- Yo entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que RSA no va a condicionar mi derecho a la prestación del servicio, ya sea que firme o no esta autorización.
- Yo entiendo que bajo la ley pertinente, la información que se divulgó bajo esta autorización puede estar sujeta a que el recipiente la divulgue posteriormente y no más estará protegida por las regulaciones de privacidad federal.
- La información que recibida se usará en la administración del programa de rehabilitación individualizado para la persona nombrada anteriormente. La RSA puede divulgar esta información sólo cuando sea necesario para la administración del programa de rehabilitación individualizado, a menos que el proveedor de esta información especifique otras condiciones para que se divulgue.
- Yo entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización firmada si la solicito.
- Los padres o el tutor legal tiene que firmar esta autorización si el solicitante/cliente de la RSA es un menor (menor de los 18 años).

Firma del solicitante o cliente del RSA _____ Fecha _____

Firma del padre o representante legal _____ Fecha _____

Si es firmada por el representante legal, indique su relación a la persona y proporcione documentación adecuada para verificar su autoridad.

Padre Tutor Poder notarial Otro: _____

Se tiene que proporcionar una copia de este formulario llenado, fechado y firmado al representante legal en nombre de la persona.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con RSA 1-800-563-1221; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.