

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
División de Discapacidades del Desarrollo

**AUTORIZACIÓN PARA LA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Name of Person to Receive Documents
(Use the DES-166 envelope)

Nombre del solicitante o paciente <i>(Apellido, Nombre, S.I.)</i> _____
Fecha de nacimiento _____
Dirección <i>(Núm., Calle o Núm. de Apartado Postal)</i> _____
Ciudad/Estado/Código postal _____

INFORMACIÓN SOLICITADA

- Evaluación del desarrollo Expedientes de salud conductual IPP/IEP más reciente
- Evaluación psiquiátrica educacional Documentación médica o Discapacidad del desarrollo Historial social
- Expedientes médicos Educación vocacional Evaluación física/ocupacional/de terapia del habla
- Otra *(Especifique)* _____

La División no reembolsará la cuota de las copias • La información deseada es la cantidad mínima de información que la División necesita para el propósito que se detalla a continuación.

Comentarios: _____

AUTORIZACIÓN

Autorizo a la empresa, escuela, agencia, proveedor de atención médica o persona nombrada anteriormente, a entregarle a la División de Discapacidades del Desarrollo del Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica, DES/DDD por sus siglas en inglés) la información de salud, médica y/u otros expedientes solicitados indicados anteriormente. El propósito de esta divulgación es ayudar a determinar la elegibilidad para recibir servicios con DES/DDD, o si es elegible, ayudar a proporcionar servicios de tratamiento. Esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de a continuación.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito al proveedor de los registros, excepto en la medida que se haya actuado sobre la divulgación autorizada antes de recibir cualquier revocación por escrito.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Si no la firmo, entiendo que es posible que la División no pueda determinar la elegibilidad para recibir servicios. Entiendo que un plan de salud no podrá condicionar tratamiento, pago o inscripción en un plan de salud al firmar esta autorización.

Entiendo que una vez que los registros y la información autorizados aquí se divulgan a entidades o personas fuera de la DDD, podrían volverse a divulgar por los destinatarios y podrían no estar protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996. Sin embargo, los proveedores de servicios de DES/DDD generalmente están obligados por contrato y ley a mantener la confidencialidad de la información de salud y otra recibida, especialmente la relacionada a la infección de VIH, SIDA o condiciones relacionadas al SIDA y las condiciones psicológicas o psiquiátricas.

Entiendo que tengo derecho a tener una copia de este formulario.

Nombre del solicitante/representante personal *(En letra de molde)* _____

Firma del solicitante/representante personal _____ Fecha _____

Mi autoridad como representare personal para tomar decisiones médicas por esta persona se basa en el ser:

- Padre de un menor Tutor Curador designado por un tribunal POA de atención médica

UN FACSIMIL O FOTOCOPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SE CONSIDERA TAN AUTENTICA COMO LA ORIGINAL

Distribución: ORIGINAL – Archivista; **COPIA** – Archivo del caso; **COPIA** – Solicitante o Representare personal

Vea al reverso para las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA

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. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office.