

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**

Administración de Servicios de Rehabilitación

**AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO
PARA DIVULGACIÓN Y USO DE
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
ENTRE DDD Y RSA**

***(Incluso los expedientes cubiertos
por la Ley de Responsabilidad y
Portabilidad del Seguro de Salud de
1996 ("HIPAA"))***

**Yo, la persona o el representante legal
abajo firmante, por la presente autorizo la
divulgación y el uso de información confidencial
del cliente entre la División de Discapacidades
del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés) y
la Administración de Servicios de Rehabilitación
(RSA, por sus siglas en inglés) con respecto a:**

Nombre: _____

**Conocido también como (AKA) / Nombre de
soltera:** _____

**Vea la página 8 para leer la declaración de
EOE/ADA**

Dirección (Núm., Calle):

Ciudad: _____

Estado: _____ **Código postal:** _____

Fec. nac.: _____

Fecha de vencimiento de la autorización:

Teléfono: _____

La información puede ser divulgada y usada por:

DDD

A la atención de:

Dirección:

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

RSA

A la atención de:

Dirección:

Teléfono: _____

Fax: _____

Correo electrónico: _____

El propósito de la divulgación y el uso es:

Médico

Elegibilidad y prestación de servicios de DDD

Elegibilidad y prestación de servicios de RSA

Otro (*Especifique el propósito*):

Rehabilitación Vocacional no podrá divulgar ninguna información de fuente secundaria.

El tipo de información que se usará o divulgará es el siguiente:

Archivos/Actualización del estado del caso

Expedientes médicos/psicológicos (pueden contener información secundaria)

Plan de Empleo Individualizado (IPE, por sus siglas en inglés)

Plan de Servicio Individualizado (ISP, por sus siglas en inglés)

Elegibilidad del programa

Notas de progreso del proveedor

Evaluaciones psicológicas (pueden contener información secundaria)

Evaluaciones vocacionales

Expedientes escolares (pueden contener información secundaria)

Expedientes de salud conductual (pueden contener información secundaria)

Documentos de tutela (pueden contener información secundaria)

Otro (Especifique el tipo y la fecha):

-
- **Las leyes federales y estatales reguladoras (45 CFR 160, 162 y 164 et seq, 45 CFR 164.500 et seq, 34 CFR 361.38, A.R.S. § 41-1959, A.R.S. § 36-568.01, AAC R6-4-405) limitan la divulgación de información confidencial por parte de RSA y DDD. Entiendo que al firmar esta autorización, yo autorizo el uso y la divulgación de mi información confidencial entre RSA y DDD.**

- **Los informes y evaluaciones generados por RSA tienen el único propósito de planificar y administrar un programa de rehabilitación individualizado y la provisión de servicios de empleo con apoyo.**
- **RSA puede estar en posesión de información de fuente secundaria cuya divulgación está prohibida. Esta información puede solicitarse de la fuente original por medio del cliente.**
- **RSA y DDD no aceptarán la responsabilidad derivada del uso de esta información en cualquier otra manera de lo previsto y autorizado por el cliente.**
- **El destinatario no puede usar la información confidencial del cliente para fines no establecidos en esta autorización.**
- **El destinatario no puede divulgar información confidencial del cliente a otros.**
- **Entiendo que una vez que se divulgue cualquier información y expedientes cubiertos por HIPAA autorizados aquí, el destinatario podría volver a divulgarlos y es posible que ya no estén protegidos por HIPAA. Sin embargo, los proveedores de servicios y atención médica contratados generalmente están obligados por contrato y por ley a mantener la confidencialidad de la**

información médica recibida, especialmente en relación con la infección por VIH, SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, abuso de sustancias, condiciones psicológicas o psiquiátricas o pruebas genéticas.

- **Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Entiendo que un proveedor de atención médica o un plan de salud no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios de atención médica al firmar esta autorización, excepto según lo dispuesto por la ley estatal o federal.**
- **Entiendo que excepto en la medida en que se haya actuado sobre la divulgación autorizada antes de recibir cualquier revocación por escrito, puedo revocar esta autorización/ consentimiento en cualquier momento al avisarle por escrito a RSA y DDD.**
- **Si no se especifica una fecha o condición de vencimiento, esta autorización vencerá un año después de la fecha de esta autorización.**
- **Entiendo que puedo tener una copia de esta autorización/ consentimiento firmado si la solicito.**

- **El padre/madre o tutor legal debe firmar esta autorización si el solicitante de RSA/cliente/miembro de DDD es menor de edad (menor de 18 años) o tiene un tutor legal.**

Firma del solicitante/cliente:

Fecha: _____

Firma del padre/madre o representante legal:

Fecha: _____

Si está firmado por el representante legal, indique su relación con la persona y proporcione la documentación adecuada para verificar su autoridad.

Padre/Madre

Tutor

Poder

Otro: _____

Un facsímil o fotocopia de esta autorización se considera tan auténtico como el original.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1