

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SIN COBERTURA DE HIPAA

Yo _____ (*nombre del adulto vulnerable/cliente de APS*), por la presente autorizo al Departamento de Seguridad Económica de Arizona para divulgar:

Una copia del archivo completo del caso de Servicios de Protección para Adultos

Una copia de (*especificar fecha/naturaleza del documento*) _____

Otro (*especificar los documentos a divulgarse*): _____

a (*nombre de la persona que recibirá los documentos de APS y dónde deben enviarse los documentos*) _____

Además, en lo que respecta únicamente a esta solicitud, por la presente renuncio a cualquier derecho a la privacidad y confidencialidad con respecto a este archivo.

Firma de la persona que autoriza la divulgación de documentos

Fecha

Nombre en letra de molde/teclado: _____