

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
División de Discapacidades del Desarrollo

**AUTORIZACIÓN PARA LA  
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

FAX: \_\_\_\_\_

ATTN: \_\_\_\_\_

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 _____

**IIINFORMACIÓN 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 Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES/DDD, por sus siglas en inglés) la información de salud, médica indicada anteriormente y/u otros expedientes solicitados. 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 \_\_\_\_\_

My authority as a personal representative to make health care decisions for this person is:

- Padre de un menor      Tutor      Curador designado por un tribunal      Poder (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 • 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 el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office