

**Autorización para la Divulgación de Información de Salud Protegida  
Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA,  
por sus siglas en inglés) de 1996 45 C.F.R. 164.508**

Persona/Ciente cuya información de la salud se compartirá (*Apellido, Nombre, Segundo*):

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Describe para qué se usará esta información y por qué es necesaria:

Autorizo a la **División de Discapacidades del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Seguridad Económica de Arizona** para que le divulgue (comparta) la información de salud protegida descrita anteriormente a la persona/agencia indicada a continuación.

Persona/Agencia que solicita o necesita la información:

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

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.

No tengo que firmar esta autorización. Entiendo que un proveedor de atención médica o plan de salud no puede condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para recibir beneficios de atención médica al firmar esta autorización, excepto según lo estipulado por la ley estatal o federal.

- Puedo tener una copia de este documento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso por escrito de la revocación, excepto en la medida que se haya actuado sobre la autorización divulgada.
- Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.
- Las tarifas de las copias no se reembolsarán por la División.
- Esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de a continuación.

Nombre en letra de molde del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de autorización: \_\_\_\_\_

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