

Autorización para la Divulgación de Información

Nombre completo de la persona: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido, Nombre, Segundo)

Doy permiso para que la siguiente entidad comparta mi información de salud protegida:

Profesional médico/Agencia/Entorno educativo/Otro:

_____ Fecha de solicitud: _____

A la División de Discapacidades del Desarrollo:

Dirección (Núm., Calle): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax (Si envía por fax): _____

Permito que la información de salud protegida marcada a continuación se comparta con el profesional médico, la agencia, el entorno educativo u otro indicado anteriormente:

- | | | |
|--|-----------------------------|---------------------------------|
| Expedientes médicos | Registros de recién nacidos | Registros de nacimiento y parto |
| Informes/Expedientes de audiología | Informes psicológicos | Informes de terapia ocupacional |
| Informes del habla y lenguaje | Informes de terapia física | Expedientes de salud conductual |
| Informe de Plan 504 o Plan de Educación Individual y Evaluación más reciente | | |
| Otro (Especifique): _____ | | |

Esta divulgación se realiza a petición mía y elijo no declarar el motivo de esta divulgación. La información se utilizará para determinar la elegibilidad para la División de Discapacidades del Desarrollo. Esta autorización se vencerá en un año a partir de la fecha de a continuación.

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.

Al firmar esta **autorización**, entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización; sin embargo, entiendo que la DDD no puede determinar la elegibilidad para recibir servicios.
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se divulgue bajo esta autorización.
- 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.

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