

Arizona Department of Economic Security  
División de Discapacidades del Desarrollo

## **Autorización para la Divulgación de Información**

Nombre completo de la persona:

---

*(Apellido, Nombre, Segundo)*

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

**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)*: \_\_\_\_\_

Vea la página 3 para leer la declaración de EOE/ADA

**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