

Autorización médica para divulgar información

Nombre completo del miembro de la DDD (*Apellido y nombre(s)*): _____

Fecha de nacimiento: _____

Doy mi consentimiento a la siguiente entidad para que comparta mi información médica confidencial:

Profesional médico o agencia:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Autorizo que la información médica confidencial, que se indica a continuación, se comparta con la División de Discapacidades del Desarrollo:

- Registros médicos Registros de recién nacidos Registros de parto y nacimiento
- Registros/informes de audiología Informes psicológicos/psiquiátricos
- Informes de terapia ocupacional Informes de habla y lenguaje
- Informes de fisioterapia Registros de salud mental/conductual Registros ABA

Otro: Especificar _____

Esta divulgación se realiza por petición mía, y decido no revelar el motivo de la misma. La información se utilizará para determinar la elegibilidad para la División de Discapacidades del Desarrollo. Esta autorización tendrá vigencia de un año a partir de la fecha que aparece en la parte inferior.

Entiendo que una vez que los registros y la información autorizados en el presente documento se divulguen a entidades o personas ajenas a la DDD, los destinatarios podrían divulgarlos nuevamente y podrían dejar de estar protegidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996. Sin embargo, los proveedores de servicios del DES/DDD están generalmente obligados por contrato y por ley a mantener la confidencialidad de la información médica y de otro tipo que reciban, en especial la relacionada con la infección por el VIH, sida o las afecciones relacionadas con el sida, así como las afecciones psicológicas o psiquiátricas.

Al firmar esta autorización, entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización; sin embargo, entiendo que es posible que la DDD no pueda determinar mi elegibilidad para recibir los servicios.
- Puedo inspeccionar o copiar cualquier información que se divulgue en virtud de esta autorización.
- Puedo obtener una copia de este documento.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mediante el envío de una notificación por escrito de la revocación, salvo en la medida en que se haya actuado en virtud de la autorización divulgada.
- Una copia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.
- La División no reembolsará los gastos de copias.

Nombre impreso del padre, madre o tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha de autorización: _____

(La siguiente sección solo la deben llenar los empleados de la DDD)

Fecha de la solicitud: _____

Para la División de Discapacidades del Desarrollo:

Domicilio (*número, calle*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____ Número de fax (*si envía por fax*): _____

A la atención de: _____ Correo electrónico: _____