

**ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC  
SECURITY**

**Administración de Servicios de Rehabilitación**

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN  
DE REGISTROS DE RSA**

**(Incluyendo los Registros Cubiertos  
por HIPAA)**

**Yo, la persona o el representante legal que  
firma a continuación, por la presente le  
autorizo a la Administración de Servicios de  
Rehabilitación (RSA por sus siglas en inglés) el  
uso o divulgación de información confidencial  
del cliente con respecto a:**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**También conocido como (alias) / Apellido de  
soltera** \_\_\_\_\_

**Dirección (Núm., Calle)**  
\_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Vea la página 7 para la declaración de EOE/  
ADA/LEP/GINA**

## Fecha de vencimiento de la autorización

---

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**La información puede ser divulgada y usada por el siguiente:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Atención:** \_\_\_\_\_

**Dirección (Núm., Calle)**

---

**Ciudad** \_\_\_\_\_

**Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Número de fax** \_\_\_\_\_

**Método de entrega solicitado:**

**Correo      Verbal      Recoger**

**Correo electrónico      Fax**

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Relación con el cliente de RSA** \_\_\_\_\_

---

**La(s) fecha(s) de servicio y el(los) tipo(s) de información a usarse o divulgarse son lo siguiente:**

**Notas del caso de RSA**

**Antecedentes médicos**

**Evaluación de la capacidad funcional**

**Evaluación vocacional**

**Notas de progreso del proveedor**

**Evaluación psicológica / neuropsicológica**

**Otro**

**Otro**

**Todos los expedientes de RSA**

**El propósito de la divulgación o uso es:**

- **El control de los estatutos federales y estatales limita la divulgación de información confidencial del cliente por parte de la RSA. Yo comprendo que al firmar esta autorización, autorizo la divulgación de información confidencial al destinatario nombrado.**

- **La RSA puede estar en posesión de una fuente de información secundaria que prohíbe volverse a divulgar. Esta información puede ser solicitada de la fuente original por medio del cliente.**
- **Los informes y evaluaciones generados por la RSA están destinados con el propósito exclusivo de planear y administrar a un programa de rehabilitación individualizado.**
- **La RSA no aceptará responsabilidad por el uso de esta información de ninguna otra manera que no sea la prevista y autorizada por el cliente.**
- **La información confidencial del cliente no podrá ser usada por el destinatario para propósitos no establecidos en esta autorización.**
- **El destinatario no puede divulgar la información confidencial del cliente a otros.**
- **Sin fecha de vencimiento o condición especificada, esta autorización se vencerá a un año de la fecha que fue establecida.**
- **Yo entiendo que excepto a la extensión que la declaración autorizada ha sido actuada sobre previo al recibo de cualquier revocación , yo puedo revocar esta autorización a cualquier tiempo por escrito al RSA.**

- **Yo entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización firmada si la solicito.**
- **Los padres o el tutor legal tiene que firmar esta autorización si el solicitante/cliente de la RSA es un menor (menor de los 18 años).**

**Firma del solicitante o cliente del RSA**

---

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Firma del padre o representante legal**

---

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Si es firmada por el representante legal, indique su relación a la persona y proporcione documentación adecuada para verificar su autoridad.**

**Padre      Tutor      Poder de Abogado**

**Otro:** \_\_\_\_\_

**Se tiene que proporcionar una copia de este formulario llenado, fechado y firmado al representante legal en nombre de la persona.**

**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 la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office**