

## Autorización/Consentimiento para divulgación y uso de información confidencial entre DDD y RSA

*(Incluso los expedientes cubiertos por la Ley de Responsabilidad y  
Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"))*

Yo, la persona o el representante legal abajo firmante, por la presente autorizo la divulgación y el uso de información confidencial del cliente entre la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD, por sus siglas en inglés) y la Administración de Servicios de Rehabilitación (RSA, por sus siglas en inglés) con respecto a:

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

Conocido también como (AKA) / Nombre de soltera: \_\_\_\_\_

Dirección (Número, Calle): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fec. nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la autorización: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### La información puede ser divulgada y usada por:

#### División de Discapacidades del Desarrollo

A la atención de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Administración de Servicios de Rehabilitación

A la atención de: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### El propósito de esta divulgación y uso incluye la elegibilidad y la prestación de servicios de la DDD y la RSA.

Otro (Especifique el propósito): \_\_\_\_\_

### El tipo de información que se usará o divulgará es el siguiente:

*(Marque todo lo que corresponda)*

Notas del caso/progreso

Expedientes médicos/psicológicos (pueden contener información secundaria)\*

Plan de Empleo Individualizado (IPE, por sus siglas en inglés)

Plan de Servicios Centrado en la Persona (PCSP, por sus siglas en inglés)

Elegibilidad del programa

Notas de progreso del proveedor

Evaluaciones psicológicas (pueden contener información secundaria)\*

Evaluaciones vocacionales

Expedientes escolares (pueden contener información secundaria)\*

Expedientes de salud conductual (pueden contener información secundaria)\*

Documentos de tutela (pueden contener información secundaria)\*

Otro (Especifique el tipo y la fecha): \_\_\_\_\_

\*La Rehabilitación Vocacional no podrá volver a divulgar ninguna información de fuentes secundarias.

Vea la página 2 para leer la declaración de EOE/ADA

- Las leyes federales y estatales reguladoras (45 CFR 160, 162 y 164 et seq, 45 CFR 164.500 et seq, 34 CFR 361.38, A.R.S. § 41-1959, A.R.S. § 36-568.01, AAC R6-4-405) limitan la divulgación de información confidencial por parte de RSA y DDD. Entiendo que al firmar esta autorización, yo autorizo el uso y la divulgación de mi información confidencial entre RSA y DDD.
- RSA y DDD corresponderán por escrito y/o verbalmente, con la cantidad mínima necesaria requerida para la prestación del servicio.
- Los informes y evaluaciones generados por RSA tienen el único propósito de planificar y administrar un programa de rehabilitación individualizado y la provisión de servicios de empleo con apoyo.
- RSA puede estar en posesión de información de fuente secundaria cuya divulgación está prohibida. Esta información puede solicitarse de la fuente original por medio del cliente.
- RSA y DDD no aceptarán la responsabilidad derivada del uso de esta información en cualquier otra manera de lo previsto y autorizado por el cliente.
- El destinatario no puede usar la información confidencial del cliente para fines no establecidos en esta autorización.
- El destinatario no puede divulgar información confidencial del cliente a otros.
- Entiendo que una vez que se divulgue cualquier información y expedientes cubiertos por HIPAA autorizados aquí, el destinatario podría volver a divulgarlos y es posible que ya no estén protegidos por HIPAA. Sin embargo, los proveedores de servicios y atención médica contratados generalmente están obligados por contrato y por ley a mantener la confidencialidad de la información médica recibida, especialmente en relación con la infección por VIH, SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, abuso de sustancias, condiciones psicológicas o psiquiátricas o pruebas genéticas.
- Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Entiendo que un proveedor de atención médica o un plan de salud no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios de atención médica al firmar esta autorización, excepto según lo dispuesto por la ley estatal o federal.
- Entiendo que excepto en la medida en que se haya actuado sobre la divulgación autorizada antes de recibir cualquier revocación por escrito, puedo revocar esta autorización/consentimiento en cualquier momento al avisarle por escrito a RSA y DDD.
- Si no se especifica una fecha o condición de vencimiento, esta autorización vencerá un año después de la fecha de esta autorización.
- Entiendo que puedo tener una copia de esta autorización/consentimiento firmado si la solicito.
- El padre/madre o tutor legal debe firmar esta autorización si el solicitante de RSA/cliente/miembro de DDD es menor de edad (menor de 18 años) o tiene un tutor legal.

Firma del solicitante/cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si está firmado por el representante legal, indique su relación con la persona y proporcione la documentación adecuada para verificar su autoridad.

**Padre/Madre      Tutor      Representante legal      Otro:** \_\_\_\_\_

***Un facsímil o fotocopia de esta autorización se considera tan auténtico como el original***