



Katie Hobbs
Governor

Angie Rodgers
Director

Programa de Medalla de Identificación

Placa de identificación gratuita – elija una de las que se muestran a continuación

Cualquier equipo de respuesta a emergencias, tal como la policía, los paramédicos, los bomberos, etc., la usarán para lograr una identificación rápida

La División de Discapacidades del Desarrollo (DDD por sus siglas en inglés) del Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica) de Arizona ofrece de forma gratuita una pulsera, *medalla de identificación, brazaletes o placa para los cordones de los zapatos de adultos y niños. Esta identificación le ayudará al personal de primeros auxilios en caso de una emergencia o si un miembro de la DDD se pierde en la comunidad. Cada placa de identificación incluye el "número de caso" y un número de teléfono de la DDD con atención a las 24 horas del día para que el personal de primeros auxilios pueda comunicarse. El tiempo estimado de entrega es de 4 a 6 semanas.

La DDD necesita un formulario de HIPAA para poder proporcionarle información de emergencia a la policía y al personal de urgencias. Para recibir una placa de identificación, por favor llene y devuelva el formulario adjunto a su Coordinador de Apoyo.

Por favor, llene y devuelva este formulario a su Coordinador de Apoyo.

Si tiene alguna pregunta, envíe un mensaje de correo electrónico a DDDMedallionProgram@azdes.gov

Coordinador de Apoyo (por favor, escriba en letra de molde): _____

Buzón de correo: _____ ¿Llenó el formulario HIPAA?: Sí No

Nombre del miembro: _____ # de ASSISTS: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Nombre de la persona responsable o tutor: _____

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su Coordinador de Apoyo

Por favor, marque una

Placa para el zapato

Pulsera negra

Pulsera azul



Autorización Para Divulgar Información de Salud Confidencial

Ley de 1996 sobre la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de la Salud
45 C.F.R. § 164.508

Nombre de la persona u organización que divulgará la información de salud:

Department of Economic Security / División de Discapacidades del Desarrollo (DDD)

Nombre de la persona cuya información confidencial puede divulgarse:

La información de salud protegida que puede divulgarse incluye la dirección y la persona a la que le corresponde, información de contacto de sus padres o guardianes, así como cualquier información pertinente a su cuidado de salud que la DDD considere necesaria para que quien responda la llamada pueda proporcionarle el tratamiento médico adecuado o para garantizar su seguridad y bienestar hasta que sus padres, tutor o parte responsable puede reanudar la custodia de la persona. La DDD divulgará esta información a una persona que obtenga el número de teléfono de la DDD en la placa de identificación que la DDD le proporcionó a la persona. Cuando la DDD reciba la llamada en la que se pide la información, verificará si quien llama consiguió el número de teléfono en la placa de identificación. La información se le divulgará a la persona que llama, que por lo general se espera que sea la policía, los proveedores de atención médica en emergencias o personas que tratan de ayudar a la persona, en caso de que la persona cuyo nombre aparece arriba se enferme, se extravíe, resulte herida o tenga un impedimento físico o mental y necesite asistencia.

El objeto de divulgar la información de salud protegida es asistir a los rescatistas a prestarle auxilio a la persona cuyo nombre aparece arriba.

Esta autorización caducará el día que la persona ya no cumpla con los requisitos para recibir los beneficios de la DDD del DES. Entiendo que, una vez que la autorización caduque, el Departamento no podrá proporcionar información referente a esta autorización, aunque la persona pueda seguir usando la placa de identificación.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con un aviso por escrito a la DDD, excepto en el supuesto de que esta se haya autorizado antes del recibo de cualquier revocación por escrito.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Entiendo que un proveedor de cuidados de salud o plan de seguro de salud no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en un plan de seguro de salud o para recibir los beneficios de cuidados de salud cuando yo firme esta autorización, salvo cuando así lo disponga la ley estatal o federal.

Entiendo que, una vez que los expedientes e información aquí autorizados se divulguen, el (los) destinatario(s) podría(n) divulgarlos de nuevo y pueden no contar más con la protección de la Ley de 1996 sobre la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud. No obstante, por lo general la ley obliga a los proveedores de servicios de salud a mantener la confidencialidad de la información de salud que reciban, en particular aquella que se refiere a una infección del virus VIH, al SIDA o a afecciones derivadas del SIDA, abuso de drogas, afecciones psicológicas, psiquiátricas o pruebas genéticas.

Entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada.

Nombre completo de la persona/cliente o representante personal (*por favor, escriba en letra de molde*):

Firma de la persona/cliente o representante personal (*cuando corresponda*): _____

Fecha de la firma: _____

Descripción de la autoridad del representante personal: _____

Firma del personal: _____

Un facsímil o fotocopia de esta autorización se considera tan auténtica como el original.

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