

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Nombre del menor (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

ID de AHCCCS (*U otro núm. de registro*) _____ Fecha de nacimiento _____

Doy permiso para que la siguiente entidad divulgue mi información de salud protegida:

Profesión médica/Agencia _____ *Fecha de solicitud* _____

A la siguiente agencia proveedora de servicios AzEIP:

Nombre del programa que solicita _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Núm. de teléfono _____ Núm. de fax (*Si envía por fax*) _____

AUTORIZO ESPECÍFICAMENTE QUE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA INDICADA A CONTINUACIÓN SE DIVULGUE A LA ENTIDAD ANTERIORMENTE INDICADA:

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| Expedientes médicos | Expedientes de recién nacidos | Expedientes de parto, nacimiento y alumbramiento |
| Informes/expedientes audiológicos | Informes psicológicos | Informes de terapia ocupacional |
| Informes del habla y lenguaje | Informes de terapia física | Otros (<i>Especifique</i>): _____ |

Reconozco que (marque una):

- Esta divulgación se realiza a petición mía, y elijo no indicar el motivo de esta divulgación; o
- Autorizo específicamente la divulgación de información de salud protegida para los siguientes propósitos:

Al colocar mis iniciales delante de los siguientes elementos, autorizo específicamente la divulgación de información acerca de lo siguiente: Prueba genética Salud mental VIH/SIDA/Otras enfermedades transmisibles Abuso de drogas y/o alcohol

Al firmar esta **Autorización**, entiendo que:

- Puedo negarme a firmar esta autorización y mi negativa no afectará mi elegibilidad para recibir beneficios.
- 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, enviando un aviso por escrito de la revocación a:

Nombre del coordinador de servicio _____

Nombre de la parte responsable _____

Firma de la parte responsable _____

Fecha de autorización _____ Fecha cuando se vence la autorización _____

- Una copia de esta autorización será tan válida como el original.

PROVEEDOR/AGENCIA/PERSONA QUE POSEE LA INFORMACIÓN DE SALUD:

Recibida por _____ Fecha de recibo _____

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office