



The Center for Health Care Services

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR, USAR, O RECIBIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Nombre del Usuario \_\_\_\_\_  
N° de Caso: \_\_\_\_\_  
N° de Programa / Unidad: \_\_\_\_\_  
N° de Subunidad: \_\_\_\_\_  
N° de Medicaid: \_\_\_\_\_

Usted tiene el derecho a negarse a firmar esta autorización. The Center for Health Care Services no suspenderá el tratamiento, los beneficios de Medicaid o el procesamiento de pagos por haberse negado a firmarla. Recibirá una copia de esta autorización firmada.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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

Autorizo al personal designado en The Center For Health Care Services a divulgar/usar/recibir la siguiente información de salud protegida sobre mi persona (en cualquier forma, incluso verbal, escrita y electrónica) durante el período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

A menos que esta autorización sea revocada antes, vencerá 90 días a partir de la fecha en que fue firmada por el usuario o la persona legalmente autorizada, o de otro modo, según se especifique en la fecha, evento o condición de vencimiento: \_\_\_\_\_.

Marque todas las opciones que correspondan:

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Órdenes médicas/recetas  | <input type="checkbox"/> Informes de laboratorio/radiografías          | <input type="checkbox"/> Información sobre VIH/SIDA                                   | <input type="checkbox"/> Notas de enfermería |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso del médico   | <input type="checkbox"/> Informes DMR/CD&E                             | <input type="checkbox"/> Notas de consejería  | <input type="checkbox"/> ARD/IEP             |
| <input type="checkbox"/> Evaluación psiquiátrica  | <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento/Revisiones de tratamiento | <input type="checkbox"/> Tratamiento/información de trastorno por abuso de sustancias |  |
| <input type="checkbox"/> Resumen de alta  | <input type="checkbox"/> Registro de vacunas                           | <input type="checkbox"/> Compromisos del tribunal penal (46b)                         |  |
| <input type="checkbox"/> Compromisos del Tribunal Penal (46c)   | <input type="checkbox"/> Otro, especifique e incluya fechas: _____     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones: Psicológica, Enfermería, Habla-Lenguaje, OT/PT, Social, Educativo, Visual, Auditivo y Vocacional |  |   |  |

¿Está solicitando que se le envíe una copia de estos documentos a la persona/organización que se muestra a continuación?  Sí  No  
El personal designado del centro puede divulgar o recibir la información de la siguiente persona, organización o institución:

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ N° de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N° de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

La divulgación/uso de la información servirá los siguientes propósitos:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> para coordinar mi alta/derivación/colocación | <input type="checkbox"/> para ayudar en la colocación/planificación educativa  |
| <input type="checkbox"/> para ayudar con la financiación              | <input type="checkbox"/> para ayudar a asegurar/mantener empleo/vivienda       |
| <input type="checkbox"/> investigación                                | <input type="checkbox"/> para dar información sobre mi tratamiento y servicios |
| <input type="checkbox"/> a solicitud mía                              | <input type="checkbox"/> Otro, indicar: _____                                  |

**Nota:** Si está autorizando la divulgación de información, entonces, a excepción de la información relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol o drogas, existe la posibilidad de que el destinatario vuelva a divulgar la información descrita en esta autorización. Si esto ocurre, entonces esta información ya no está protegida por las leyes de privacidad de salud.

**Nota:** Si firma como padre/responsable/custodio principal de un menor o como responsable de una persona adulta, la información divulgada/utilizada/recibida puede contener referencias sobre usted y su familia.

Tiene derecho a revocar esta autorización. Para hacerlo, debe entregar una declaración escrita con su firma, en el centro donde dio su autorización (identificado en la parte superior), informando la fecha y el propósito de esta autorización y su intención de revocarla. Su revocación entrará en vigencia en la fecha en que el centro la reciba, excepto en la medida en que el centro, basado en su autorización previa, ya haya usado o divulgado su información de salud como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del usuario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona legalmente autorizada

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Fecha

La fotocopia o transmisión por fax es tan válida como el original.

(Nota: Para las personas que reciben tratamiento por abuso de alcohol o drogas, este formulario sirve como el consentimiento requerido por 42 CFR § S.31.)

Devuelva el formulario completo a: The Center For Health Care Services, Al Departamento de Divulgación de Información - 6800 Park Ten Blvd., Suite 200-S - San Antonio, Texas 78213 - Fax: (210) 261-1817 - Teléfono: (210) 261 -1074