ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM

Autorización para dar Información Médica Protegida a AHCCCS

Atención cliente de ALTCS:

Por favor complete el formulario "Autorización para divulgar información de salud protegida AHCCCS". Una de las siguientes personas requiere una firma en el formulario:

- Cliente;
- El padre o madre del cliente si el cliente es menor de 18 años; o
- Tutor legal del cliente o representante legal. Se debe proporcionar una copia de losdocumentos judiciales.

Devuelva este formulario completo utilizando una de las siguientes opciones de devolución. Para cualquier pregunta, llame al (602) 417-6600 o al número gratuito (888) 621-6880. Por favor tenga en cuenta que devolver este formulario rápidamente nos permitirá ayudarlo a obtener documentación médica para su solicitud.

Opciones de devolución:

Fax (sin cargo): 888-507-3313
Correo electrónico: altcsregistration@azahcccs.gov
Correo: AHCCCS
801 E Jefferson St
MD 3900
Phoenix AZ 85034

ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM

Autorización para dar Información Médica Protegida a AHCCCS

Nombre del/de la cliente:	Fecha de la solicitud:
AHCCCS Número de ID o PID:	Fecha de nacimiento:
Dirección postal del/de la cliente:	Número del Seguro Social (SSN): (SSN es opcional pero podrá ayudar al proveedor a localizar los partes)

Para uso de clientes/solicitantes de AHCCCS que quieren que un doctor u otra entidad proporcione a AHCCCS la información protegida acerca de su salud.

Doy mi permiso a cualquier proveedor de servicios de salud a revelar a AHCCCS toda la información protegida acerca de mi salud, para determinar mi eligibilidad para alguno de los programas administrados por AHCCCS subvencionados por el gobierno. En caso necesario, otorgo a AHCCCS permiso para compartir esta información con el Departamento de Seguridad Económica de Arizona, la Administración de Determinación de Discapacidad, para determinar el estado que guarda mi discapacidad.

Adicionalmente, marcando estas casillas, yo autorizo específicamente la revelación de los siguientes tipos de expedientes:	
Registros médicos	
☐	Información relacionada y/o expedientes de VIH/SIDA y enfermedades contagiosas.
☐	Información y/o expedientes de salud mental.
☐	Información y/o expedientes de pruebas genéticas.
☐	Información y/o registros de prueba de alcohol y drogas.
Expediente educativo	
☐	Registros educativos y de evaluación

Al firmar esta Autorización, entiendo que:

- Las leyes estatales y federales requieren que AHCCCS mantenga confidencial la información descrita arriba, y que podrá usar o revelar esa información únicamente mediante mi aprobación, para los fines directamente relacionados con la administración del programa AHCCCS, o que de otro modo la ley lo permite o requiere.

- También entiendo que revoco esta autorización o si me niego a firmar, es posible que AHCCCS no pueda determinar mi elegibilidad actual o futura para los programas de asistencia médica financiadoss con fondos públicos administrados por AHCCCS. En tal caso, mi solicitud para la ayuda podrá ser negada o la ayuda discontinuada.

- Entiendo que la información no se utilizará para ningún propósito prohibido, como actividades de supervisión de salud, procedimientos judiciales y administrativos, propósitos de aplicación de la ley o revelaciones a los coroners y examinadores médicos.

- Puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento, por escrito, por teléfono o fax, completando un formulario de "Revocación de autorización" de AHCCCS y enviándolo a:
  Arizona Health Care Cost Containment System
  Office of the General Counsel
  Attention: Privacy Officer
  801 E Jefferson St, MD 6200
  PO Box 25520
  Phoenix AZ 85034
  Phone 602-417-4455
  Fax 1-602-253-9115

Una vez que AHCCCS haya recibido la revocación, se revocará esta autorización, excepto en la medida en que AHCCCS ya haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

Al marcar la casilla a continuación, revoco esta autorización en la siguiente fecha o evento.

Esta autorización se vence el:		
☐	Anote fecha específica:	_____
☐	Anote evento específico:	_____

Se requiere la firma del cliente para obtener registros médicos. Si el cliente es menor de 18 años, se necesita la firma del padre o madre del cliente. Si el cliente tiene un tutor legal o representante legal, se necesita la firma del tutor legal o representante legal.

Firma:	Fecha:
Nombre impreso de la persona que firma el formulario:	Relación con el Cliente:
Nombre Del Testigo (Solo si cliente firmo con una marca):	Firma del Testigo:

AHCCCS no pagará por los registros médicos según el Código Administrativo de Arizona R9-22-512.E.

Enviar la información a: AHCCCS 801 E Jefferson St MD 3900 Phoenix AZ 85034 Fax: 888-507-3313	Nombre del Trabajador de AHCCCS:
	Correo electrónico:
	Número de teléfono: