

AUTORIZACION PARA REVELAR A AHCCCS INFORMACION PROTEGIDA ACERCA DE SU SALUD

Enviar la información a: AHCCCS 801 E. Jefferson St. MD 3900 Phoenix, AZ 85034 Fax: 602-253-6038	Nombre del Trabajador de AHCCCS:
	Correo electrónico:
	Número de teléfono:

Nombre del/de la cliente:	Fecha de la solicitud:
AHCCCS Número de ID o PID:	Fecha de nacimiento:
Dirección 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 elegibilidad 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 médicos:	
<input type="checkbox"/>	Información relacionada y/o expedientes de VIH/SIDA y enfermedades contagiosas.
<input type="checkbox"/>	Información y/o expedientes de salud mental.
<input type="checkbox"/>	Información y/o expedientes de pruebas genéticas.

Si la información a revelarse proviene de una escuela, llene este cuadro:

Específicamente autorizo al poseedor de mi información a revelar a AHCCCS todos mis datos escolares y de evaluación en su poder.
--

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.
- Entiendo asimismo si me niego a firmar esta autorización o si la revoco, es posible que AHCCCS no podrá determinar mi elegibilidad ahora o en el futuro para los programas de asistencia médica subvencionados por el gobierno y administrados por AHCCCS. En tal caso, mi solicitud para la ayuda podrá ser negada o la ayuda discontinuada.
- En cualquier momento, podré **revocar** esta autorización, por escrito, al llenar el formulario de AHCCCS "Revocación de Autorización", y enviarlo a:
Arizona Health Care Cost Containment System
Office of Legal Assistance
Attention: Privacy Officer
701 E. Jefferson, MD 6200
Phoenix, AZ 85034
Phone 602-417-4232
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.

Elija uno de los siguientes:

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 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: