

ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM (AHCCCS)

CLIENTE:

FECHA:

ID PERSONAL DE HEAPLUS:

ID DE LA SOLICITUD:

DIRECCIÓN:

Llame al si tiene alguna pregunta o necesita ayuda.

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 del cliente si el cliente es menor de 18 años; o

- Tutor legal del cliente o representante legal. Se debe proporcionar una copia de los documentos 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

P.O. Box 6050

MD 15023

Phoenix, AZ 85002-5520

**AUTORIZACION PARA REVELAR A AHCCCS
INFORMACION PROTEGIDA
ACERCA DE SU SALUD**

Enviar la información a:

AHCCCS

P.O. Box 6050 MD 15023

Phoenix, AZ 85002-5520

Fax: 888-507-3313

Nombre del Trabajador de AHCCCS:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Nombre del/de la cliente:

Fecha de nacimiento:

Dirección del/de la cliente:

PID:

Fecha de la solicitud:

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

DE-202 Letra Grande (con portada) (rev 03/2026)

autorizo específicamente la revelación de los siguientes tipos de expedientes 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.

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.
- 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 financiados con fondos públicos administrados por AHCCCS. En tal caso, mi solicitud para la ayuda podrá ser negada o la ayuda discontinuada.

- 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:

AHCCCS - Office of the General Counsel
Attention: Privacy Officer
P.O. Box 6050
MD 15013
Phoenix, AZ 85002-5520
Phone 602-417-4455
Fax 1-602-253-9115

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

Puedo revocar esta autorización en una fecha determinada, un evento, o ambos, completando la siguiente selección. Si no indico una fecha o un evento, esta autorización seguirá vigente por un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que AHCCCS sea notificado de que he decidido revocarla.

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:

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

Enviar la información a:

AHCCCS

P.O. Box 6050 MD 15023

Phoenix AZ 85002-5520

Fax: 888-507-3313

Nombre del Trabajador de AHCCCS:

Correo electrónico:

Número de teléfono: