

Autorización para que AHCCCS divulgue información médica protegida

(Para miembros de AHCCCS que deseen que AHCCCS divulgue su información médica protegida a otras personas o entidades)

Nombre:	Código de identidad de AHCCCS / ACN:
Domicilio:	
Fecha de pedido:	Fecha de nacimiento:

Doy permiso para que AHCCCS divulgue mi información médica protegida a:

Nombre de persona o entidad y domicilio:

DEBERÁ escoger una de las siguientes:

- Autorizo en concreto a AHCCCS para que divulgue **toda** mi información médica protegida que tenga el programa en su poder a la persona o entidad indicada anteriormente.
- Autorizo en concreto a AHCCCS para que divulgue **únicamente la información médica que aquí se describe:**

DEBERÁ escoger una de las siguientes:

- La divulgación se lleva a cabo a petición mía y prefiero no declarar el motivo por el que divulgo esto.
- Autorizo en concreto la divulgación de mi información médica por el/los motivo(s) siguiente(s):

Escribo mis iniciales al frente de cualquiera de los renglones siguientes para autorizar a *AHCCCS* a divulgar lo siguiente: [AVISO: LOS REGLAMENTOS FEDERALES EXIGEN QUE SE DESCRIBAN LOS MOTIVOS PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE TOXICOMANÍA.]

- _____ información y/o archivos pertinentes a VIH/SIDA y enfermedades contagiosas
- _____ información y/o archivos sobre salud mental
- _____ información y/o archivos sobre pruebas genéticas
- _____ información de diagnósticos, tratamiento y referidos de consumo de fármacos y alcohol para los motivos siguientes:

Al firmar esta Autorización, comprendo que:

- Pudiera rehusarme a firmar esta autorización, y el que me rehúse no afectará mi elegibilidad para beneficios. Si no firmara este formulario, mis atenciones de la salud y el pago por mis atenciones médicas no se afectarán.
- Si la persona o entidad que recibiera la información no fuera facultativo médico o plan de salud cubierto por los reglamentos federales de privacidad, dicha persona o entidad pudiera volver a divulgar la información anteriormente descrita, la cual ya no contaría con la protección de los reglamentos. Sin embargo, los Requisitos Federales de Confidencialidad de Toxicomanía pudieran prohibir que se divulgaran más.
- Podre ver y obtener copia de la información en este formulario, de conformidad con los reglamentos de *AHCCCS*, si lo pidiera.
- Pudiera decidir en cualquier momento que preferiría no hacer esto. Entonces, deberé **revocar** la autorización **por escrito**. De así hacerlo, no tendrá efecto sobre las acciones que se hubieran llevado a cabo antes de la revocación. Una vez *AHCCCS* reciba la revocación, la autorización se revocará, salvo en la medida que *AHCCCS* ya hubiera actuado fiándose de esta autorización. Las revocaciones podrán llevarse a cabo al rellenar una “Revocación de autorización” de *AHCCCS* y enviarla a:

Arizona Health Care Cost Containment System
Office of Administrative Legal Services, Attention: Privacy Officer
701 E. Jefferson, MD 6200
Phoenix, AZ 85034
Teléfono: 602-417-4232
Fax: 1-602-253-9115

He leído lo anterior y autorizo que se divulgue la información médica protegida tal como se indica. La autorización se vencerá a partir de un año de la fecha de la firma, a menos que se indique otra fecha o acontecimiento en particular:

Precise otra fecha o acontecimiento de vencimiento: _____

Firma de miembro o representante legal:	Fecha:
Nombre en letra de molde de miembro o representante legal:	Parentesco con miembro:
Para uso exclusivo de <i>AHCCCS</i> / <i>AHCCCS</i> use only:	Date of Receipt
Received by _____	_____

