

Autorización para que AHCCCS divulgue apuntes de sicoterapia

(Para miembros que deseen que AHCCCS divulgue sus apuntes de sicoterapia a otra persona o entidad)

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

Doy permiso para que AHCCCS de copias de mis apuntes de sicoterapia o proporcione información que aparezca en los mismos a:

Nombre y dirección:

Nombre y dirección:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

(Si necesitara más espacio, por favor, adjunte otra hoja.)

Por favor, escoja una de las siguientes:

- La divulgación se lleva a cabo a petición mía y prefiero no indicar el motivo por el que le permito a AHCCCS que divulgue esto.
- Autorizo en concreto a AHCCCS para que divulgue esta información por el/los motivo(s) siguiente(s):

Si la información que se fuera a divulgar se tratara de información de toxicomanía, por favor, rellene esta casilla:

AVISO: LOS REGLAMENTOS FEDERALES EXIGEN QUE SE DESCRIBAN LOS MOTIVOS PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE TOXICOMANÍA.

- Autorizo en concreto a AHCCCS para que divulgue apuntes de sicoterapia de cualquier programa contra la toxicomanía con subvención federal por el/los motivo(s) siguiente(s):



Al firmar esta Autorización, comprendo que:

- 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.
- Pudiera rehusarme a firmar esta autorización, y el que me rehúse no afectará mi elegibilidad para beneficios.
- Podré inspeccionar o copiar cualquier información que se fuera a divulgar de conformidad con esta autorización.
- Podré **revocar** esta autorización por escrito en cualquier momento; para hacerlo, rellenaré un formulario de "Revocación de autorización" de AHCCCS y la enviaré 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

Si no firmara este formulario, mis atenciones de la salud y el pago por mis atenciones médicas no se afectará.

Una vez AHCCCS reciba la revocación, la autorización se revocará, salvo en la medida que AHCCCS ya hubiera actuado fiándose de esta autorización.

Por favor, escoja una de las siguientes:

Esta autorización se vencerá el:	
<input type="checkbox"/> Precise la fecha:	_____
<input type="checkbox"/> Precise el acontecimiento:	_____

Miembro o su representante

Firma:	Fecha:
Nombre de miembro o su representante	Parentesco de representante con miembro
Para uso exclusivo de AHCCCS / For AHCCCS use only: Received by _____	Date of Receipt _____