

## Autorización para divulgar información médica protegida a AHCCCS

(Para miembros o solicitantes de AHCCCS que quieren que un(a) doctor(a) u otra entidad le dé a AHCCCS su información médica protegida)

Nombre:	Código de identidad de AHCCCS / ACN:
Fecha de pedido:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:	Número de Seguro Social / SSN <small>(opcional; pudiera ayudar al/a la facultativo/a a conseguir archivos)</small>

Doy permiso para que cualquier facultativo/a divulgue cualquier porción de mi información médica protegida a AHCCCS, a fines de determinar si reúno los requisitos para cualquiera de los programas con fondos públicos que administra AHCCCS. Si hiciera falta, le daré permiso a AHCCCS para compartir esta información con la Administración de Servicios de Determinación de Discapacidades del Departamento de Seguridad Económica de Arizona (*Arizona Department of Economic Security, Disability Determination Services Administration*) para determinar mi situación de discapacidad.

Si la información que fuera a divulgarse proviniera de cualquier programa contra la toxicomanía con subvención federal, por favor, rellene esta casilla:

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

Autorizo en concreto a cualquier facultativo/a para que divulgue la información médica protegida de cualquier programa contra la toxicomanía con subvención federal a AHCCCS por el/los motivo(s) siguiente(s):

---



---

Al firmar esta Autorización, comprendo que:

- Las leyes federales y estatales le exigen a AHCCCS que mantenga en confidencia la información descrita anteriormente, y que este programa sólo podrá usar o divulgar la información si yo lo autorizara, para fines directamente afines con la administración del programa AHCCCS, o como las leyes lo permitan o exijan de cualquier otra manera. Sin embargo, de conformidad con los Requisitos Federales de Confidencialidad de Toxicomanía, se le prohíbe a AHCCCS divulgarle a cualquier otra persona información sobre toxicomanía sin mi permiso por escrito.
- También comprendo que, si me rehusare a firmar o revocare esta autorización, AHCCCS no podrá determinar mi elegibilidad actual o futura para los programas de



ayuda médica que AHCCCS administra con fondos públicos. Como resultado, se pudiera denegar mi solicitud de ayuda o se pudiera discontinuar la ayuda que estuviera recibiendo.

- 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

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 _____

A menos que se hubiera revocado anteriormente, esta autorización se vencerá cuando mi solicitud de ayuda mediante AHCCCS se retracte, se deniegue, o cuando se termine mi elegibilidad para ayuda mediante AHCCCS. Sin embargo, la autorización continuará vigente durante cualquier lapso en el que esté debatiendo mi elegibilidad en una audiencia administrativa o diligencia judicial.