

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 the General Counsel, Attention: Privacy Officer
 801 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.