

**ARIZONA DEPARTMENT OF
ECONOMIC SECURITY**

Administración de Servicios de Rehabilitación

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN DE SALUD A RSA**

**Yo, el solicitante/cliente de RSA o su
representante legal que firma a continuación,
por la presente autorizo a:**

Persona / Organización

Dirección (Núm., Calle)

Ciudad _____

Estado _____ **Código postal** _____

Tel. _____ **Fax** _____

**A utilizar o divulgar información de salud
incluyendo, si corresponde, información
referente al diagnóstico y tratamiento de
salud mental, abuso de drogas y/o alcohol e
información con respecto al VIH:**

Nombre _____

**Vea la página 7 para la declaración de EOE/
ADA/LEP/GINA**

También conocido como (alias)

Dirección (Núm., Calle)

Ciudad _____

Estado _____ **Código postal** _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de vencimiento de la autorización

Número de ID del Cliente _____

La información puede ser divulgada y usada por el siguiente:

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY / ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Atención: _____

Dirección (Núm., Calle)

Ciudad _____

Estado _____ **Código postal** _____

Número de teléfono _____

Número de fax _____

Método de entrega solicitado:

Correo Verba Recoger Revisar
Fax

La(s) fecha(s) de servicio y el (los) tipo(s) de información a usarse o divulgarse son los siguiente:

Antecedentes médicos

Resumen(es) médico(s) del hospital

Notas del tratamiento del paciente externo

Informe del laboratorio

Notas de progreso

Evaluación psiquiátrica

Evaluación psicológica

Expedientes escolares

Otro

El propósito de la divulgación o uso es:

Médico

Derecho a RSA y la prestación de servicio

A la petición del solicitante/cliente

Otro: _____

- **Sin fecha de vencimiento o condición especificada, esta autorización se vencerá a un año de la fecha que fue establecida.**
- **Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una notificación escrita a la persona u organización nombrada arriba que divulgue mi información de salud, excepto a tal grado que la divulgación autorizada ha sido efectuada antes del recibo de cualquier revocación.**
- **Yo entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que RSA no va a condicionar mi derecho a la prestación del servicio, ya sea que firme o no esta autorización.**
- **Yo entiendo que bajo la ley pertinente, la información que se divulgó bajo esta autorización puede estar sujeta a que el recipiente la divulgue posteriormente y no más estará protegida por las regulaciones de privacidad federal.**

- **La información que recibida se usará en la administración del programa de rehabilitación individualizado para la persona nombrada anteriormente. La RSA puede divulgar esta información sólo cuando sea necesario para la administración del programa de rehabilitación individualizado, a menos que el proveedor de esta información especifique otras condiciones para que se divulgue.**
- **Yo entiendo que puedo recibir una copia de esta autorización firmada si la solicito.**
- **Los padres o el tutor legal tiene que firmar esta autorización si el solicitante/cliente de la RSA es un menor (menor de los 18 años).**

Firma del solicitante o cliente del RSA

Fecha _____

Firma del padre o representante legal

Fecha _____

Si es firmada por el representante legal, indique su relación a la persona y proporcione documentación adecuada para verificar su autoridad.

Padre Tutor Poder notarial

Otro: _____

Se tiene que proporcionar una copia de este formulario llenado, fechado y firmado al representante legal en nombre de la persona.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office