

# **ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM (AHCCCS)**

CLIENTE:

FECHA:

ID PERSONAL DE HEAPLUS:

ID DE LA SOLICITUD:

DIRECCIÓN:

## **OTRAS IDENTIFICACIONES USADAS POR AHCCCS**

ID DE AHCCCS:

ID DE GRUPO DE ACE: G

ID PERSONAL DE ACE:

Llame al \_\_\_\_\_ si tiene alguna pregunta  
o necesita ayuda.

Atención cliente de ALTCS:

Por favor complete el formulario "Autorización  
para divulgar información de salud protegida  
AHCCCS".

Una de las siguientes personas requiere una firma en el formulario:

- Cliente;
- El padre del cliente si el cliente es menor de 18 años; o
- Tutor legal del cliente o representante legal. Se debe proporcionar una copia de los documentos judiciales.

Devuelva este formulario completo utilizando una de las siguientes opciones de devolución. Para cualquier pregunta, llame al (602) 417-6600 o al número gratuito (888) 621-6880. Por favor tenga en cuenta que devolver este formulario rápidamente nos permitirá ayudarlo a obtener documentación médica para su solicitud.

Opciones de devolución:

**Fax (sin cargo):** 888-507-3313

**Correo electrónico:**

[altcsregistration@azahcccs.gov](mailto:altcsregistration@azahcccs.gov)

**Correo:**

AHCCCS

801 E. Jefferson St.

MD 3900

Phoenix, AZ 85034

# **AUTORIZACION PARA REVELAR A AHCCCS INFORMACION PROTEGIDA ACERCA DE SU SALUD**

**Enviar la información a:**

**AHCCCS**

**801 E. Jefferson St. MD 3900**

**Phoenix, AZ 85034**

**Fax: 888-507-3313**

**Nombre del Trabajador de AHCCCS:**

**Correo electrónico:**

**Número de teléfono:**

**Nombre del/de la cliente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Dirección del/de la cliente:**

**AHCCCS Número de ID o PID:**

**Fecha de la solicitud:**

**Número del Seguro Social (SSN):**

**(SSN es opcional pero podrá ayudar al proveedor a localizar los partes)**

**Para uso de clientes/solicitantes de AHCCCS que quieren que un doctor u otra entidad proporcione a AHCCCS la información protegida acerca de su salud.**

Doy mi permiso a cualquier proveedor de servicios de salud a revelar a AHCCCS toda la información protegida acerca de mi salud, para determinar mi elegibilidad para alguno de los programas administrados por AHCCCS subvencionados por el gobierno. En caso necesario, otorgo a AHCCCS permiso para compartir esta información con el Departamento de Seguridad Económica de Arizona, la Administración de Determinación de Discapacidad, para determinar el estado que guarda mi discapacidad.

Adicionalmente, marcando estas casillas, yo autorizo específicamente la revelación de los siguientes tipos de expedientes médicos:

Información relacionada y/o expedientes de VIH/SIDA y enfermedades contagiosas.

Información y/o expedientes de salud mental.

Información y/o expedientes de pruebas genéticas.

**Si la información a revelarse proviene de una escuela, llene este cuadro:**

Específicamente autorizo al poseedor de mi información a revelar a AHCCCS todos mis datos escolares y de evaluación en su poder.

Al firmar esta Autorización, entiendo que:  
Las leyes estatales y federales requieren que AHCCCS mantenga confidencial la información descrita arriba, y que podrá usar o revelar esa información únicamente mediante mi aprobación, para los fines directamente relacionados con la administración del programa AHCCCS, o que de otro modo la ley lo permite o requiere.

Entiendo asimismo si me niego a firmar esta autorización o si la revoco, es posible que AHCCCS no podrá determinar mi elegibilidad ahora o en el futuro para los programas de asistencia médica subvencionados por el gobierno y administrados por AHCCCS. En tal caso, mi solicitud para la ayuda podrá ser negada o la ayuda discontinuada.

En cualquier momento, podré revocar esta autorización, por escrito, al llenar el formulario de AHCCCS “Revocación de Autorización”, y enviarlo a:

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

Una vez que AHCCCS haya recibido la revocación, se revocará esta autorización, excepto en la

medida en que AHCCCS ya haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

Elija uno de los siguientes:

Esta autorización se vence el:

Anote fecha específica:

Anote evento específico:

**Se requiere la firma del cliente para obtener registros médicos. Si el cliente es menor de 18 años, se necesita la firma del padre del cliente. Si el cliente tiene un tutor legal o representante legal, se necesita la firma del tutor legal o representante legal.**

Firma:

Fecha:

Nombre impreso de la persona que firma el formulario:

Relación con el cliente::

Nombre Del Testigo (Solo si cliente firmo con una marca):

Firma del Testigo: