

ARIZONA HEALTH CARE COST CONTAINMENT SYSTEM (AHCCCS)

CLIENTE:

FECHA:

ID PERSONAL DE HEAPLUS:

ID DE LA SOLICITUD:

DIRECCIÓN:

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

Correo:

AHCCCS

150 N. 18th Ave

MD 3900

Phoenix, AZ 85007

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

Enviar la información a:

AHCCCS

150 N. 18th Ave. MD 3900

Phoenix, AZ 85007

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:

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

DE-202 Letra Grande (con portada) (rev 06/2025)

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.
- Información y/o registros de prueba de alcohol y drogas.

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.
- También entiendo que revoco esta autorización o si me niego a firmar, es posible que AHCCCS no pueda determinar mi elegibilidad actual o futura para los programas de asistencia médica financiados con fondos públicos administrados por AHCCCS. En tal caso, mi solicitud para la ayuda podrá ser negada o la ayuda discontinuada.
- Entiendo que la información no se utilizará para ningún propósito prohibido, como actividades de supervisión de salud, procedimientos judiciales

y administrativos, propósitos de aplicación de la ley o revelaciones a los coroners y examinadores médicos.

- Puedo **revocar** esta autorización en cualquier momento, por escrito, por teléfono o fax, completando un formulario de “Revocación de autorización” de AHCCCS y enviándolo a:
Arizona Health Care Cost Containment System
Office of the General Counsel
Attention: Privacy Officer
150 N. 18th Ave, MD 6200
PO Box 25520
Phoenix, AZ 85007
Phone 602-417-4455
Fax 1-602-253-9115

Una vez que AHCCCS haya recibido la revocación, se revocará esta authorization, excepto en la medida en que AHCCCS ya haya tomado alguna acción en base a esta autorización.

Al marcar la casilla a continuación, revoco esta autorización en la siguiente fecha o evento.

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:

AHCCCS no pagará por los registros médicos según el Código Administrativo de Arizona R9-22-512.E.

Enviar la información a:

AHCCCS

150 N. 18th Ave MD 3900

Phoenix AZ 85007

Fax: 888-507-3313

Nombre del Trabajador de AHCCCS:

Correo electrónico:

Número de teléfono: