

Autorización para divulgar apuntes de sicoterapia a AHCCCS

(Para miembros o solicitantes de AHCCCS que deseen que un(a) facultativo/a u otra entidad le den a AHCCCS sus apuntes de sicoterapia)

Nombre:	Clave 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 mis apuntes de sicoterapia 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 <i>AHCCCS</i> / For <i>AHCCCS</i> 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.