

División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades

Autorización para Compartir o Solicitar Información

Si necesita ayuda con este formulario, el personal de la ADSD le explicará cómo hacerlo. También puede leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de la ADSD para obtener más información.

Autorización para compartir los registros de la División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidades (ADSD) de:

Nombre: Apellido Nombre Segundo Nombre **Fecha de Nacimiento:**

Dirección postal: Número Ciudad Estado Código Postal

Los registros se compartirán con (seleccione todas las opciones que correspondan):

- ☐ Autoridad de Salud Nevada ☐ División de Servicios Sociales ☐ Distrito escolar
- ☐ Proveedor de atención primaria de salud (especificar)
- ☐ Proveedor comunitario (especificar)
- ☐ Una Organización de Atención Administrada (MCO)
- ☐ Compañía de seguros (especificar)
- ☐ Otra (describa e incluya el nombre y el apellido):

Nombre de la persona, proveedor, organización, centro o programa: (si corresponde)

Nombre: Apellido Nombre Segundo Nombre **Cargo:**

Dirección: Número Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: **Número de fax:** **Correo electrónico:**

La persona que otorga este permiso tiene el siguiente vínculo conmigo:

- ☐ Mi personal con custodia/persona designada/tutor legal ☐ Padre/madre ☐ Yo mismo
- ☐ Otra (describa e incluya el nombre y el apellido):
- ☐ **No estoy solicitando que ADSD comparta mis registros ahora.** Guardar esto en mi archivo para futuras consultas.

Autorización: Los programas de la ADSD que elija a continuación a compartir o dar acceso a mi información privada. La información puede proporcionarse mediante transferencia segura de datos por computadora, fax, de forma presencial, correo postal o verbalmente.

División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades

Autorización para Compartir o Solicitar Información

Marque los programas que aprueba a continuación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administración de la ADSD | <input type="checkbox"/> Servicios de Intervención Temprana de Nevada (NEIS) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Protección para Adultos (APS) | <input type="checkbox"/> Oficina para Asistencia de Salud del Consumidor (OCHA) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo (ATAP) | <input type="checkbox"/> Oficina de Vida Comunitaria (OCL) |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Acceso a las Comunicaciones (CAS) | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Taxis |
| <input type="checkbox"/> Servicios del Desarrollo (DS) | <input type="checkbox"/> Otro programa aprobado (especificar): |
| <input type="checkbox"/> Centro de Cuidados Intermedios de DS (ICF) | |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para el Tratamiento del Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (FASTA) | |

Motivo para compartir información: la ADSD compartirá los registros para determinar la elegibilidad de la persona o coordinar los servicios. Los servicios, el pago, la inscripción o la elegibilidad no se decidirán según el permiso para compartir la información, a menos que la ley disponga lo contrario.

Apruebo que los siguientes registros de la ADSD se compartan o reciban según lo que se marque a continuación:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones | <input type="checkbox"/> Registros legales | <input type="checkbox"/> Notas de Progreso y Planes de Tratamiento, incluidos, entre otros, el Plan de Servicio Familiar Individualizado (<i>Individualized Family Service Plan</i>), los planes de atención y los planes de servicios centrados en la persona. |
| <input type="checkbox"/> Informes de consultas | <input type="checkbox"/> Análisis de laboratorio/radiografías/estudios de imágenes/resultados de análisis | <input type="checkbox"/> Otro: |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones de desarrollo | <input type="checkbox"/> Información Médica (incluidos, entre otros, registros médicos y hospitalarios) | |
| <input type="checkbox"/> Expedientes académicos | | |
| <input type="checkbox"/> Registros financieros | | |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones y registros de admisión | | |

☐ SOLO los siguientes registros:

Solicitud de Información - La sección siguiente autoriza a ADSD a solicitar su información personal a personas específicas.

El programa _____ del ADSD está solicitando los registros seleccionados anteriormente.

Rango de fechas: Entre _____ y _____ o ☐ los últimos cinco (5) años.

Autorizo a ADSD a solicitar mi información a las entidades correspondientes* y/o a la persona autorizada que se indica a continuación:

Nombre: _____ Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____ **Cargo:** _____

Nombre de la persona, proveedor, organización, centro o programa: (si corresponde)

Dirección: _____ Número _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades

Autorización para Compartir o Solicitar Información

*Una entidad cubierta es una organización o persona que es responsable de cumplir con las normas de HIPAA. Deben mantener segura su información de salud protegida.

Consentimiento:

Comprendo lo siguiente:

- Puedo solicitar una copia de las normas de privacidad.
- No estoy obligado a firmar este formulario.
- Puedo cancelar este permiso en cualquier momento. Debo presentar mi solicitud por escrito a la ADSD si deseo cancelar mi permiso.
- La ADSD no compartirá ninguna parte de mi información médica una vez que yo cancele el permiso. Estoy al tanto de que es posible que se haya compartido información antes de su cancelación.
- Se puede aceptar una copia de este formulario; es necesario que sea original.
- Si considero que me trataron de manera injusta porque se compartió mi información relacionada con el VIH/sida, puedo comunicarme con la Oficina de Derechos Civiles.
- La ADSD comparte información con el objetivo de tomar decisiones sobre mis servicios.
- Si un destinatario recibe información de ADSD basándose en este comunicado, puede compartirla. La información compartida por el destinatario ya no estará protegida por las leyes federales ni estatales.

No responsabilizaré a los empleados de la ADSD por compartir información con los destinatarios mencionados en este formulario.

Mi autorización finalizará:

☐ Un (1) año a partir de la fecha de la firma, a menos que se especifique lo contrario a continuación.

☐ Otro:

Este permiso finalizará automáticamente cuando se cierre mi caso.

Autorizado por (Apellido, nombre en letra imprenta)

Fecha

Autorizado por (firma)

Fecha

Firma del empleado de ADSD

Fecha

División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades

Autorización para Compartir o Solicitar Información

¿Qué leyes protegen esta información?

- La ley de confidencialidad y requisitos de consentimiento para los registros de pacientes con trastornos por consumo de sustancias regula la privacidad de los registros de pacientes en el tratamiento de alcohol y estupefacientes (42 CFR 2.31).
- La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (*Family Education Rights and Privacy Act*, FERPA) regula la privacidad de los registros educativos o de la intervención temprana (34 CFR 99.30-99.39).
- Leyes sobre la divulgación de información de salud mental (45 CFR 164.508).
- La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) tiene como objetivo proteger su información de salud para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica (45 CFR 164.506).

Privacidad e intercambio de la información

La ADSD ha decidido no compartir información sobre lo siguiente:

- Tratamiento por consumo de alcohol y estupefacientes
- Información de salud sobre el VIH/SIDA
- Tratamiento de salud mental

Si alguien recibe información privada, no puede compartirla. Tampoco puede usarla sin la autorización por escrito de la persona en cuestión. La única excepción a esto es si la ley federal o estatal lo autoriza.

Esta autorización constituye un consentimiento escrito para la información protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (*Family Educational Rights and Privacy Act*, FERPA).

Instrucciones para completar el formulario de autorización

“Usted” se refiere al sujeto de los registros.

Objetivo: debe usar este formulario si desea que la ADSD comparta información privada sobre usted con otra persona (lo que incluye un abogado, un legislador o un familiar). Puede autorizar que se compartan todos los registros confidenciales que la ADSD tiene sobre usted. Puede limitar su autorización sobre registros específicos. Puede limitar a los programas de la ADSD que usen o compartan su información. Mediante este formulario también se autorizará a que la ADSD informe sobre su situación de forma verbal o por escrito.

Aviso a los clientes: la mayor parte de la información de los clientes que la ADSD tiene es privada. No se compartirá con terceros a menos que usted lo autorice o si la ley lo exige. Puede leer el Aviso de prácticas de privacidad de la ADSD para obtener información sobre cómo los programas de la ADSD cubiertos por la HIPAA comparten información médica protegida y sus derechos de privacidad. También puede consultarle a la persona que le entregó este formulario.

Uso: puede completar este formulario de forma digital o en papel. Use la tecla de tabulación en una computadora para navegar entre los campos.

Debe completar un formulario por separado para cada persona cuyos registros se soliciten, incluidos los menores de edad.

División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades

Autorización para Compartir o Solicitar Información

Secciones del formulario:

Nombre: proporcione su nombre completo o el nombre de la persona cuyos registros se solicitan si actúa en representación de otra persona. Su nombre completo nos ayudará a identificarlo de forma diferente a otras personas con nombres similares al suyo.

Fecha de nacimiento: indíquenos la fecha que nació. Esto nos ayudará a identificarlo en caso de que tenga el mismo nombre que otra persona.

Dirección postal: proporcione su dirección de correo electrónico completa para que podamos enviarle la información que solicita.

Compartir información con: indique a la ADSD quién tiene permiso para ver sus registros. Marque todas las casillas que correspondan. Ingrese en esta sección la mayor cantidad de información posible. Nos comunicaremos con la persona u organización que usted indicó. Ellos tendrán acceso a su información.

Autorización: esto indica que usted permite que la ADSD envíe su información de diferentes maneras.

Programas de la ADSD: seleccione los programas de la ADSD con los que desea compartir sus registros. Si no figura en la lista, escriba el nombre del programa en la sección "Otro".

Motivo para compartir información: mediante esta información se explica por qué la ADSD le solicita enviar o recibir sus registros.

Registros a compartir: indíquenos qué registros desea compartir. Puede autorizar que se compartan total o parcialmente sus registros de cliente de la ADSD u otros registros confidenciales. También puede limitar que se compartan los registros de cliente que se conservan solo en los programas de la ADSD y los registros marcados en la sección anterior.

Solicitud de Información: Esto confirma que usted autoriza a ADSD a solicitar su historial. Si ADSD solicita registros de una persona u organización específica, ellos le informarán de quién se trata.

Consentimiento: en esta sección se le explica lo que debe entender si firma este formulario. También se indica hasta cuándo tendrá vigencia su autorización.