



Autorización para divulgar información

<input type="checkbox"/> Administración de la División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades (ADSD)	<input type="checkbox"/> Servicios de Protección para Adultos (APS)	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para el Tratamiento del Autismo (ATAP)	<input type="checkbox"/> Servicios de Acceso a las Comunicaciones (CAS)	<input type="checkbox"/> Servicios del Desarrollo (DS)
<input type="checkbox"/> Centro de Cuidados Intermedios (ICF)	<input type="checkbox"/> Programa del Defensor del Pueblo para Atención a Largo Plazo (LTCOP)	<input type="checkbox"/> Servicios de Intervención Temprana de Nevada (NEIS)	<input type="checkbox"/> Oficina de Vida Comunitaria (OCL) <ul style="list-style-type: none"> - Programa de Opciones de la Comunidad para la Tercera Edad (COPE) - Renuncia a Servicios en el Hogar y en la Comunidad para Personas Frágiles de Mayor Edad (HCBS FE) - Renuncia a Servicios en el Hogar y en la Comunidad para Personas con Discapacidades Físicas (PD) - Servicios de Asistencia Personal (PAS) 	
<input type="checkbox"/> Oficina para Asistencia de Salud del Consumidor (OCHA)	<input type="checkbox"/> Recetas y Diagnóstico para la Tercera Edad	<input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Taxis (TAP)	<input type="checkbox"/> Otro (especificar a continuación)	

(Nombre legal en letra de molde de la persona)

(Fecha de nacimiento)

(Dirección postal de la persona)

(Ciudad, estado, código postal)

Autoricé a ADSD a:

Divulgar información a:

Recibir información de:

Nombre de la persona/proveedor/organización/centro/programa

Teléfono:

Fax:

Motivo de la solicitud: Determinar la elegibilidad de la persona o coordinar los servicios.

Otro (especificar):

Este consentimiento se otorga de acuerdo con 42 CFR 2.31 con respecto a la confidencialidad de los registros de pacientes de tratamiento por alcohol y drogas; 34 CFR 99.30 – 99.39 con respecto a la divulgación de registros de educación o intervención temprana; 45 CFR 164.508 con respecto a la divulgación de información de salud mental; y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 (HIPAA) y debe usarse solamente para facilitar el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica (45 CFR 164.506). El servicio, pago, la inscripción o elegibilidad para los beneficios del Participante no se condicionarán al otorgamiento de la autorización, con excepción de lo permitido por la ley.

Información específica que se autoriza a divulgar: El uso/divulgación de la información se autoriza a continuación mediante la selección de la casilla.

Rango de fecha de los registros:

Desde:

Hasta:

TIPO DE INFORMACIÓN

<input type="checkbox"/> Evaluaciones	<input type="checkbox"/> Antecedentes y evaluación física
<input type="checkbox"/> Exámenes de desarrollo	<input type="checkbox"/> Laboratorio/radiografías/estudios de imágenes/resultados de análisis
<input type="checkbox"/> Evaluaciones y registros de admisión	<input type="checkbox"/> Informes de consultas
<input type="checkbox"/> Registros legales	<input type="checkbox"/> Registros de educación+
<input type="checkbox"/> Información médica que incluye, entre otros, historias clínicas y registros hospitalarios; que incluyen, entre otros, información relacionada con el VIH/SIDA**	<input type="checkbox"/> Notas de progreso y planes de tratamiento que incluyen, entre otros, el Plan de Apoyo Familiar Personalizado (IFSP), Planes de Atención, Planes de Servicio
<input type="checkbox"/> Información de salud mental, que incluye pruebas psicológicas y evaluaciones psiquiátricas***	<input type="checkbox"/> Registros financieros
<input type="checkbox"/> Otro	



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA LA TERCERA EDAD Y
DISCAPACIDADES

Ayudar a las personas. Es quienes somos y lo que hacemos.



* ADSD ha elegido no divulgar información relacionada con el tratamiento para las drogas y el alcohol.

Con algunas excepciones, el destinatario puede volver a divulgar la información de salud relacionada con el VIH/SIDA o la información sobre tratamientos de salud mental. **El destinatario no puede volver a divulgar tal información ni usar la información divulgada con ningún fin sin el consentimiento escrito específico de la persona quien pertenece, a menos que lo permita la ley federal o estatal.

***La información de la historia clínica de salud mental se puede divulgar si existe una **necesidad demostrable de la información**, pero se esperará razonablemente que la divulgación no sea perjudicial para el participante u otra persona.

+ Si la información autorizada está protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de las Familias, no se puede divulgar sin el consentimiento escrito de la persona a quien pertenece, a menos que lo autorice la ley federal o estatal. Esta autorización actúa como consentimiento escrito para la divulgación de la información indicada anteriormente

Comprendo que:

Puedo solicitar y obtener una copia de la política de información confidencial de la División.
No tengo la obligación de firmar esta autorización; comprendo que se me puede denegar el tratamiento en algunas circunstancias si no firmo este consentimiento porque se puede requerir la información para determinar mi elegibilidad para los servicios.
Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una solicitud escrita a la División de Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades, excepto cuando ya se haya realizado una divulgación con mi autorización previa. Una fotocopia o un fax de este formulario es válido como el original.
Si experimento discriminación por la divulgación de información relacionada con el VIH/SIDA, puedo comunicarme con la Oficina de Derechos Civiles para presentar una queja.
ADSD divulga la información dentro del alcance de sus funciones para tomar determinaciones necesarias para los requisitos de elegibilidad y servicio continuo.
El destinatario puede volver a divulgar la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización y es posible que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.
Eximo a los empleados de ADSD de toda responsabilidad derivada de la divulgación de información a la persona/entidad designada en la página 1.

Autorizo el uso/divulgación periódica de la información que se describe anteriormente a la persona/proveedor/organización/centro/programa que se identifica con la frecuencia que sea necesaria.

Mi autorización caducará por los siguientes motivos:

- Si ya no recibo servicios de los Servicios para la Tercera Edad y Discapacidades o sus programas
- Un (1) año después de la fecha de firma, a menos que se especifique lo contrario por una condición o evento, lo que suceda primero

Otro:

(Describir)

Relación: Padre Tutor/persona designada Custodio Titular Otro

(Nombre en letra de molde del Padre/Tutor/Custodio/Titular)

(Firma del Padre/Tutor/Custodio/Titular)

(Fecha de la firma)

(Firma del empleado de ADSD)

(Fecha de la firma)