

Autorización para divulgar la información confidencial

This authorization complies with the requirements of: Section 164.508 of the HIPAA Privacy Standards (45 CFR, Parts 160 and 164) and Occupations Code § 159.005 - Consent for Release of Confidential Information.

Nombre: _____
(Nombre del cliente)

Domicilio: _____
(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Yo autorizo que el aquí inscrito, proveedor de servicios de salud, abogado, consejero, escuela, etc.,:

(Individuo, médico, hospital, clínica, abogado, consejero, escuela, etc.)

(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Que divulgue la siguiente información confidencial:

- Sí No Información médica. Indique información específica
- _____
- Sí No Información sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Indique información específica:
- _____
- Sí No Reportes psicológicos. Indique información específica:
- _____
- Sí No Historial social. Indique información específica:
- _____
- Sí No Expediente de administración de casos. Indique información específica:
- _____
- Sí No Plan de Educación. Indique información específica:
- _____
- Sí No Otra información. Indique información específica:
- _____

al siguiente individuo::

(Nombre o posición del individuo, de la organización, si acaso representa a alguna)

(Calle y número, apartado postal, número de Rt. #) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

La información divulgada podría ser usada por el individuo o, por la organización que el individuo representa, para los propósitos siguientes:

El presente consentimiento se terminará en el momento en que se den por terminados los servicios de administración de casos o cuando yo solicito que terminen.

Esta forma yo la leí se me leyó y, entiendo y acepto su significado. Todas las líneas en blanco fueron llenadas, antes de que yo firmara esta forma.

Entiendo que tengo el derecho a no firmar este consentimiento para dar información. Entiendo que 1) esta consentimiento no afectará el tratamiento, el pago, la participación en el programa o la elegibilidad para beneficios y 2) cualquiera que obtenga información como resultado de este consentimiento puede compartirlo con otras personas como la ley lo permita.

(Firma de la persona autorizada) (Fecha)

(Escriba con letra de molde o con máquina de escribir el nombre de la persona autorizada para acceder a la divulgación de la información)

(Dirección) (Número de teléfono)

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. (Referencia: Government Code, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)