

Autorización de divulgación e intercambio de información

Nombre del beneficiario: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____ o Identificación de Medicaid: _____

Por medio del presente se autoriza a las siguientes organizaciones/proveedores a divulgar, intercambiar y compartir entre sí, de manera oral o escrita, información médica protegida (PHI) de la persona mencionada arriba:

Developmental Pathways, Inc. y:

- Médicos que participan en mi atención
- Proveedores de Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) que participan en mi atención
- Proveedores de Cuidados Domiciliarios que participan en mi atención
- Terapeutas que participan en mi atención
- Hospitales y establecimientos relacionados que participan en mi atención
- Regional Accountable Entity (RAE) (entidad de Medicaid): _____
- Distrito Escolar (indique aquí): _____
- Otros (Indique aquí): _____

Información que se divulgará, intercambiará y compartirá:

- Información médica que, entre otros, incluye: diagnóstico, tratamiento, historial, registros del archivo maestro, registros de facturación; notas sobre el tratamiento; servicio y planes relacionados, e información relacionada con los Servicios Domiciliarios y Comunitarios (HCBS) y apoyos.
- Otra información (describir aquí): _____

Fines o necesidad por los cuales debe usarse o divulgarse la información:

- Coordinación/continuidad de la atención
- Administración de casos
- Evaluación
- Coordinación/adquisición de beneficios
- Determinación de discapacidad
- Cumplimiento con el programa
- Otros (detallar aquí): _____

Comprendo que la información o los registros relacionados con VIH/SIDA, las notas de psicoterapia, la información o las notas de análisis genéticos, la información o los registros relacionados con anemia de células falciformes o el diagnóstico relacionado con drogas o alcohol, y la información sobre el tratamiento y las remisiones no se divulgarán sin una autorización de divulgación firmada por usted que autorice específicamente dicha divulgación.

Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento mediante un aviso por escrito a Developmental Pathways, excepto en la medida en que Developmental Pathways ya haya tomado medidas sobre esta solicitud. Esta Autorización vence el _____ (DD/MM/AAAA), o, si se deja en blanco, un año desde la fecha de mi firma (lo que ocurra primero). Eximo a Developmental Pathways de cualquier responsabilidad por la divulgación de la información solicitada.

Autorización: Comprendo que autorizar la divulgación de esta información es un acto voluntario. Esta Autorización puede usarse y volver a usarse para obtener información conocida y registros preparados después de la fecha en que se firmó esta autorización, siempre que siga siendo válida. Comprendo que cuando se divulga información, cabe la posibilidad de que ocurra una redivulgación no autorizada, y es posible que esta ya no esté protegida por la legislación federal sobre confidencialidad, como la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA).

Autorización de divulgación e intercambio de información

Se puede usar una copia o fax de la presente Autorización con la misma validez del original.

Beneficiario o persona autorizada a firmar en representación del beneficiario: _____

Si no es el beneficiario, indique cómo está autorizado a firmar:

Tutor Padre/Madre (el beneficiario es menor de edad) Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____