



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

A quién pertenece la información que se dará a conocer (nombre en <u>imprenta</u> ):			SSN: _____
Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____	Apellido _____	Fecha de Nacimiento: _____ Mes Día Año

**En forma voluntaria, autorizo y solicito que se suministre información (escrita, verbal o electrónica) relacionada con todas mis historias clínicas, expedientes académicos y otra información relacionada con mi capacidad para desempeñarme en cualquier actividad.**

**Ello incluye una autorización específica para dar a conocer lo siguiente:**

- Todos los expedientes y otra información correspondiente al tratamiento, internación y atención ambulatoria en relación con mi incapacidad, entre los que se incluyen:
  - Trastornos psicológicos, psiquiátricos o problemas mentales de otro tipo (no se incluyen notas de psicoterapia según se definen en 45 CFR 164.501).
  - Drogadicción, alcoholismo, o abuso de otra sustancia.
  - Anemia falciforme.
  - Trastornos genéticos, incluso resultados de pruebas genéticas.
- Documentación que pueda indicar la presencia de enfermedades transmisibles o venéreas entre las que se incluyen enfermedades como la hepatitis, sífilis, gonorrea, y el virus de inmunodeficiencia humana también denominado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y pruebas de detección del VIH.
- Información sobre la forma en que mi(s) trastorno(s) afecta(n) mi capacidad para realizar las tareas y actividades de la vida diaria y mi capacidad laboral.
- Información originada dentro de los 12 meses posteriores a la firma de esta autorización, como también cualquier otra información anterior.

**Esta autorización permite obtener información DE:**

- Todas las fuentes de información médica (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluso institutos de salud mental, correccionales, para tratamientos de adicciones y para la atención médica de veteranos.
- Todas las fuentes de información educativa (escuelas, maestros, encargados de registros, consejeros, etc.).
- Trabajadores sociales/consejeros en programas de rehabilitación.
- Consultores contratados por el DCF o DDD.
- Empleados.
- Otros informantes que puedan conocer mi situación (familiares, vecinos, amigos, funcionarios públicos).

**Esta autorización permite proporcionar información A:**

- El Departamento de Niños y Familias (DCF),
- La División de Servicios de Determinación de Discapacidad (DDD), que incluye servicios de copia de contratos y médicos, y
- Otros profesionales consultados durante el proceso de evaluación de la discapacidad.

El **OBJETO** de esta autorización es obtener información que pueda servir para determinar si cumpla los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios, incluso si existen impedimentos combinados que por sí solos no constituirían discapacidad según la definición de la SSA utilizada por el DCF.

**EXPLICACIÓN DEL Formulario CF ES 2514 CF ES:** Necesitamos su autorización escrita para obtener la información necesaria para procesar su solicitud de Medicaid. Las leyes y reglamentaciones exigen que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de darnos a conocer la información. Además, las leyes exigen una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas condiciones y de información proveniente de instituciones educativas. Usted puede otorgar esta autorización mediante la firma de un formulario CF ES 2514. La legislación federal permite que sus fuentes de información den a conocer dicha información si firma una sola autorización para toda la información de todas las fuentes posibles. Nosotros haremos copias para cada fuente. Ninguna entidad cubierta (es decir, una fuente de información médica) podrá condicionar el tratamiento, pago, afiliación o elegibilidad para recibir beneficios a que usted firme este formulario de autorización. Algunos estados, y algunas fuentes de información independientes, exigen que la autorización indique en forma específica la fuente a la que usted autoriza a suministrar información personal. En tales casos, le pediremos que firme una autorización para cada fuente y nos comunicaremos nuevamente con usted si necesitamos que firme más autorizaciones.

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD:** La información personal obtenida por el DCF o DDD está protegida por la Ley de Confidencialidad de 1974 y la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA, según sus siglas en inglés) de 1996. El DCF lleva registros de acuerdo con las políticas establecidas en CFOP 15-4.

**NO ES OBLIGATORIO FIRMAR ESTE FORMULARIO**, pero no firmarlo o revocarlo antes de que recibamos la información necesaria puede impedir que se tome una decisión correcta y oportuna respecto de su solicitud de Medicaid y puede resultar en la denegación o pérdida de los beneficios. Si bien la información obtenida por este medio rara vez se utiliza para fines distintos de los antes mencionados, el DCF puede dar a conocer la información sin su consentimiento cuando así lo autoricen las Leyes Federales como la Ley de Confidencialidad. Por ejemplo, el DCF puede suministrar información en los siguientes casos:

- Para permitir que un tercero (por ej. un médico consultor) u otra agencia gubernamental ayude al DCF a determinar los derechos de recibir beneficios y/o cobertura por discapacidad.
- Conforme a la ley que autoriza la divulgación de la información de los expedientes del DCF (por ej. al Inspector General, a agencias o auditores de beneficios federales o estatales o al Departamento de Asuntos de Veteranos).
- Para investigación estadística y actividades de auditoría necesarias para garantizar la integridad y la mejora de los programas del DCF.

EL DCF no volverá a divulgar, sin el consentimiento previo correspondiente otorgado por escrito, información relativa al abuso de alcohol y/o drogas, según lo dispuesto en 42 CFR parte 2, o los expedientes escolares de un menor obtenidos conforme a la norma 34 CFR parte 99 (FERPA), o información obtenida de agencias gubernamentales locales. Varias agencias utilizan programas de comparación de datos para encontrar o probar que una persona reúne los requisitos para obtener los beneficios otorgados por el gobierno federal. La ley nos autoriza a hacerlo aun sin su consentimiento. Podrá solicitar explicaciones sobre los motivos que justifican el uso o la divulgación de su información en cualquier oficina del DCF.

**Esta autorización CADUCA 12 meses después de la fecha de su firma (ver fecha debajo de mi firma).**

- Autorizo a usar una copia (incluso una copia electrónica) de este formulario para suministrar la información antes indicada.
- Entiendo que existen ciertas circunstancias en las que esta información puede volver a divulgarse a otras partes (ver detalles antes mencionados).
- Puedo escribir al DCF y a mis fuentes para revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que la información obtenida antes de la revocación será utilizada para determinar si estoy discapacitado.
- El DCF me entregará una copia de este formulario, a mi solicitud. Puedo pedir a la fuente que me permita ver o sacar una copia del material que se divulgará.
- He leído este formulario, en su totalidad, y presto mi consentimiento para que las fuentes mencionadas proporcionen la información solicitada.

Sírvase firmar con tinta azul o negra.		En caso de que no firme la persona cuya información se divulga, indicar en qué carácter firma:	
FIRMA ►		<input type="checkbox"/> Padre de un menor <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	
		Fecha de Firma: _____	Dirección: _____
Número de Teléfono (con código de área) _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
TESTIGOS: <i>Conozco a la persona que firma este formulario o tengo plena constancia de su identidad (COMPLETAR SI la persona firmó arriba con una "X").</i>			
FIRMA ►		FIRMA ►	
Número de Teléfono o Dirección del Testigo _____		Número de Teléfono o Dirección del Testigo _____	
<b>PARA uso interno EXCLUSIVO de DCF/DDD:</b> Incluir información adicional necesaria para identificar a la persona (otros nombres que utiliza), una fuente de información específica, o material que deba darse a conocer.			

Esta autorización general y especial para revelar información da cumplimiento a las disposiciones relativas a información médica, de educación y de otro tipo conforme a las normas P.L. 104-191 (HIPAA); 45 CFR partes 160 y 164, 42 U.S. Code artículo 290dd-2, 42 CFR parte 2, 38 U.S. Code artículo 7332, 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code artículo 1232g, (FERPA); 34 CFR partes 99 y 300, y las leyes del estado.