

# DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS

## Autorización para proveer información médica

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Número de identificación #: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Persona Cabeza del Hogar: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo  
(Cliente o Representante Personal)  
\_\_\_\_\_ que divulgue información médica específica  
(Nombre del proveedor/plan)  
de los archivos del cliente mencionado anteriormente a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Nombre de la clínica/Dirección/Teléfono/Fax)

Para el propósito específico(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Información específica a ser divulgada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted usa "Todos los Archivos Médicos" éstos incluirán cualquiera y toda información escrita que DHS pueda tener con respecto a su cuidado de salud y cualquier enfermedad o accidente que pudiera haber sufrido, incluyendo, pero sin ser limitado a, historia médica, consultas, prescripciones, tratamientos, evaluaciones médicas, radiografías, resultados de exámenes, y copias de hospital o archivos médicos pertinentes a usted.

Yo entiendo que ésta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento o condición, ésta autorización es válida por el período de tiempo necesitado para satisfacer su propósito hasta por un año, con excepción para divulgaciones para transacciones financieras, para las cuales esta autorización es válida por tiempo indefinido. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se pedirá firmar la *Sección de Revocación* ubicada en la parte de atrás de éste formulario. Además entiendo que cualquier acción tomada a través de esta autorización antes de su fecha de anulación es legal y obligatoria.

Yo entiendo mi información médica no puede estar protegida de re-divulgación por el solicitante de la información: sin embargo, si esta información esta protegida por las Regulaciones de Confidencialidad Federal de Abuso de Sustancia, el proveedor no deberá re-divulgar ésta información sin mi autorización escrita si la ley estatal o federal no lo dictan de otro modo.

Yo entiendo que si mi archivo contiene información relacionada a infección de VIH, SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol, abuso de drogas, condición psiquiátrica o psicológica, pruebas genéticas, planificación familiar, or mujeres, infantes y niños (WIC) la divulgación incluirá esa información.

Yo también entiendo que me puedo rehusar a firmar esta autorización y que el rehusarme no afectará mi habilidad de obtener tratamiento médico, pagos por servicios o mi elegibilidad a beneficios: sin embargo, si un servicio es solicitado por un proveedor que no sea de tratamientos médicos (por ejemplo: compañía de seguranzas) con el único propósito de crear información médica (un examen físico), el servicio puede ser negado si la autorización no es dada. Sí el tratamiento está relacionado con investigación médica, éste podrá ser rechazado si la autorización no es concedida.

Yo entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización firmada. Una copia de esta autorización tendrá la misma legalidad que el original.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Cliente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo si es requerido)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Representante Personal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Relación del Representante Personal / Autoridad)

Nota: Esta autorización fué revocada el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma Administrativa)

# DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS

Autorización para proveer información médica

## SECCION DE REVOCACION

### COMPLETE SOLO CUANDO SE REVOCA LA AUTORIZACION

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información sobre la salud de: \_\_\_\_\_  
(Nombre del cliente)

firmada por \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Persona que firma la autorización) (Fecha en que la firma es dada)

sea revocada efectiva el \_\_\_\_\_ Yo entiendo que cualquier acción tomada antes de la revocación de esta  
(Fecha)

autorización es legal y obligatoria

\_\_\_\_\_  
(Firma de cliente) (Fecha) (Firma del Testigo) (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Representante) (Fecha) (Relación del Representante Personal / Autoridad)

El Departamento de Servicios Humanos cumple con los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles.  
Esta carta está disponible en otros idiomas y formatos alternos