

Formulario disponible en diferentes formatos: Braille, letra grande, disquete de computadora y presentación oral.

Apellido legal del cliente/solicitante	Primer nombre	ISN	Fecha de nacimiento
Otros nombres usados por el cliente/solicitante			Nº de ID del caso

Al firmar este formulario, autorizo al siguiente tenedor de registro a divulgar la siguiente información confidencial y específica sobre mí:

Sección A	Divulgar desde un tenedor de registro – (individuo, escuela, empleador, agencia, o proveedor médico u otro)	Información específica a ser divulgada	Intercambio mutuo: Sí / No
	DHS Medicaid Web Portal	OHP-nombre de seguro	Si
		Cita de Examen Dental	
	<p>Si la información contiene algunos de los siguientes tipos de datos o información, puede estar sujeta a otras leyes sobre su uso y divulgación. Entiendo que esta información sólo se divulgará si pongo mis iniciales en el espacio que se encuentra junto a la información:</p> <p>VIH/SIDA: _____ Salud mental: _____ Análisis genético: _____</p> <p>Alcohol/Drogas diagnóstico, tratamiento, derivación: _____</p>		

Sección B	Divulgar a (dirección requerida si se envía por correo) Si se divulga a un equipo, indicar los miembros.	Propósito	Fecha o evento de expiración*
	Umatilla Morrow Head Start	Assistir en determinar hogar dental	
	<p>* Autorización válida por un año desde la fecha de su firma, a menos que se especifique lo contrario.</p> <p>Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Esto no afectará la información ya divulgada. Entiendo que hay leyes estatales y federales que protegen la información sobre mi caso. Entiendo el significado de este acuerdo y autorizo las divulgaciones indicadas. Firmo esta autorización por mi propia voluntad.</p> <p>Entiendo que la información usada y divulgada según esta autorización puede estar sujeta a nueva divulgación y ya no estará protegida por leyes federales ni estatales. También entiendo que la ley federal o estatal prohíbe la redivulgación de información relacionada con VIH/SIDA, salud mental, y diagnóstico, tratamiento, rehabilitación vocacional y derivaciones referentes a alcoholismo y drogadicción, sin autorización específica.</p>		

Sección C	Firma legal completa del individuo O del representante personal autorizado	Relación con el cliente	Fecha	
	Nombre del empleado de la agencia (letra de molde)	Nombre/localidad de la agencia demandante	Fecha	
	Firma legal completa del empleado de la agencia que hace las copias		Esta es una copia fiel del documento de autorización original.	
	Nombre del empleado de la agencia en letra de molde			

Información que se requiere del cliente

Para proveer o pagar servicios de salud: Si el Departamento de Servicios Humanos (DHS) o la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) es el **proveedor** de sus servicios de atención de salud o paga dichos servicios a través del Plan de Salud de Oregon o del Programa Medicaid, usted puede decidir no firmar este formulario. Esto **no** afectará negativamente su elegibilidad para recibir servicios de salud, *a menos que* estos servicios sólo tengan como fin proveer información de salud a alguna otra persona y que la autorización sea necesaria para realizar dicha divulgación. (Ejemplos de esto serían exámenes, análisis o evaluaciones.) Su decisión de no firmar **puede afectar** el pago de sus servicios si esta autorización es necesaria para el reembolso por parte de aseguradores privados u otras agencias no gubernamentales.

Esta autorización para uso y divulgación de información **también puede ser necesaria** para determinar:

- si usted es elegible para algunos programas médicos que pagan la atención de su salud
- si usted es elegible para otro programa o servicio de DHS u OHA que no provea atención de la salud

Este formulario es voluntario. DHS u OHA no puede exigir la firma de esta autorización como requisito para la provisión de tratamiento, pago o inscripción en programas de atención de salud pagados con fondos públicos, excepto en los casos antes detallados. Sin embargo, si usted se niega a firmarla, debe recibir información precisa sobre el efecto negativo que su decisión puede tener para la determinación de su elegibilidad o la coordinación de sus servicios. Si usted decide no firmar, puede ser derivado a un servicio único que pueda ayudarlo a usted y a su familia sin intercambio de información.

Uso de este formulario

1. **Términos usados: Intercambio mutuo:** Un "sí" permite que la información vaya y vuelva entre el tenedor del registro y las personas o programas indicados en la autorización. **Equipo:** Grupo de individuos o agencias que normalmente trabajan juntos. Los miembros del equipo se deben identificar en este formulario.
2. **Asistencia:** Siempre que sea posible, un empleado de DHS u OHA debe llenar este formulario con usted. **No firme el formulario si no lo entiende.** No dude en hacer preguntas sobre el formulario y lo que éste permite. Puede poner una marca en lugar de firmar o pedir a una persona **autorizada** que firme en su nombre.
3. **Tutela/custodia:** Si la persona que firma este formulario es un representante personal, como por ejemplo un tutor, se debe adjuntar una copia de los documentos legales que verifiquen la autoridad del representante para firmar la autorización. Del mismo modo, si una agencia tiene custodia y firma su representante, se debe adjuntar su autoridad de custodia a este formulario.
4. **Cancelación:** Si quiere cancelar esta autorización en el futuro, hable con el empleado de DHS u OHA a cargo de su caso. Usted puede quitar miembros de un equipo del formulario. Se le pedirá que solicite la cancelación por escrito. Excepción: Los reglamentos federales no requieren que la cancelación sea por escrito para los programas de drogas y alcohol. Una vez cancelada la autorización, no se podrá divulgar ni solicitar más información. DHS u OHA puede seguir usando la información obtenida antes de la cancelación.
5. **Menores:** Si usted es menor, puede autorizar la divulgación de información de salud mental o de abuso de drogas ilegales si tiene 14 años o más; para divulgar datos sobre enfermedades transmitidas sexualmente o sobre control de natalidad no importa la edad; para la divulgación de información médica general debe tener 15 años o más.
6. **Atención especial:** Atención especial: Para información referente a **VIH/SIDA, salud mental, análisis genéticos o tratamiento por abuso de drogas/alcohol**, la autorización debe identificar claramente la información específica que se podrá divulgar y el propósito de tal divulgación.

Redivulgación: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben redivulgar la información sobre alcohol y drogas; la ley estatal prohíbe redivulgar información sobre VIH/SIDA (ORS 433.045, OAR 333-12-0270); y la ley estatal prohíbe redivulgar datos sobre salud mental, tratamiento por abuso de drogas ilegales, rehabilitación vocacional y tratamiento para discapacidades de desarrollo provenientes de programas pagados con fondos públicos (ORS 179.505, ORS 344.600) sin autorización escrita específica.

Aviso: Los servicios y programas de salud de Oregon fueron transferidos del Departamento de Servicios Humanos a la Autoridad de Salud de Oregon (OHA). DHS continuará determinando la elegibilidad para muchos de los programas de salud como así también otros programas administrados por DHS.