

De QUIÉN son los registros que se van a divulgar			
NOMBRE	Primero	Segundo	Apellido
SSN	Cumpleaños		
ARG USE SÓLO el NÚMERO DEL TENEDOR (Si no fuera igual al de arriba) NOMBRE SSN			

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A
“ARBOR E&T, LLC ACTION REVIEW GROUP” (ARG)**

Voluntariamente autorizo y solicito la divulgación (inclusive en papel, verbal y electrónicamente):

DE Todos mis registros médicos: y también los educacionales y demás información relacionada con mi capacidad para Desempeñar tareas, Lo anterior incluye permiso para divulgar :

- 1. Para divulgar todos los registros y demás información sobre mi tratamiento, hospitalización y cuidados como paciente externo de mis incapacidades, inclusive y sin limitarse a: tratamientos psicológicos, psiquiátricos y demás impedimentos mentales (excluidas “notas de psicoterapia” conforme a 45 CFR 164.501) - abuso de drogas, alcoholismo y demás abusos de sustancias - Anemia de Células Enfermas - Síndrome de Inmunodeficiencia (VIH) (inclusive Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o prueba de VIH) o de enfermedades de transmisión sexual - Impedimentos relacionados con los Genes (incluidos los resultados de las pruebas)**
- 2. Información sobre cómo mis impedimentos afectan mi capacidad para desempeñar tareas actividades cotidianas y cómo afectan mi capacidad para trabajar.**
- 3. Copias de mis pruebas o evaluaciones educativas, inclusive de Programas Educativos Individuales, evaluaciones trianuales, evaluaciones psicológicas y de lenguaje, y demás registros que ayuden a evaluar funcionalidad: además observaciones y evaluaciones de maestros.**
- 4. La información generada dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de la presente autorización, así como informaciones anteriores.**

DE DÓNDE

- De todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluso de Instituciones de salud mental, correccionales, de tratamiento de adicciones y de VA.
- De todas las fuentes educacionales (escuelas, maestros, administradores de registros, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales y consejeros de rehabilitación

ESTA CASILLA A SER RELLENADA POR ARG (conforme sea necesario) Información adicional para identificar al sujeto (y demás nombres que usa), la fuente específica o el material a divulgar.

--

- Consejeros examinadores empleados por ARG
- Patronos
- Otras personas que conozcan de mi condición
- (Familiares, vecinos, amigos, empleados públicos)

PARA QUIÉN Para el contratista del Estado autorizado a manejar mi caso, incluidas las copias de contratos de servicios, doctores o demás profesionales consultados durante el proceso.

PROPÓSITO Establecer mi elegibilidad en cuanto a beneficios, incluso el efecto combinado de cualesquiera impedimentos que por sí mismos no cumplan con la definición de SSA sobre incapacidad y si en realidad puedo administrar tales beneficios.

Establecer si tengo la capacidad de Administrar mis Beneficios SÓLO (marque sólo si aplica)

CUÁNDO EXPIRA La presente autorización es válida 12 meses a partir de la fecha de su firma (mi firma indicada más abajo).

- Autorizo a hacer uso de una copia (inclusive si es una copia electrónica) del presente formulario para autorizar a divulgar la información descrita anteriormente.
- Entiendo que existen algunas circunstancias en las que es necesario volver a divulgar la información a otras terceras personas (ver páginas 2 para más detalles).
- Puede ser que le escriba a ARG a mis fuentes para revocar la presente autorización en cualquier momento (ver páginas 2 para más detalles).
- ARG me dará una copia del presente formulario si lo solicito; puedo solicitarle a la fuente que me deje inspeccionar o que me de una copia del material que va a divulgar
- **He leído ambas páginas del presente formulario y convengo y acepto las divulgaciones indicadas anteriormente de los tipos de fuentes listadas.**

<u>Autorización INDIVIDUAL de Divulgación</u> FIRMA ►		Si no está firmada por la persona que le concierne, entonces firma por cualquier persona autorizada <input type="checkbox"/> Pariente del menor <input type="checkbox"/> Custodio <input type="checkbox"/> otro representante personal (explicar)		
		(Padre o madre o custodio firmen aquí si la Ley del Estado requiere dos Firmas) ►		
Fecha de firma		Dirección de la calle		
Número de teléfono		Ciudad	Estado	Código Postal
Testigos conozco personalmente la persona que firma este formulario y estoy satisfecho con la información sobre su identidad.		Si hace falta, firma de un segundo testigo (como por ejemplo firmado con una X Arriba) FIRMA ►		
FIRMA ►				

Número de teléfono (o dirección)	Número de teléfono (o dirección)
<p><i>La presente autorización general y especial para divulgar información fue desarrollada para cumplir con las providencias sobre divulgación información médica, educacional y otras Informaciones conforme a P.L. 104-191 (“HIPAA”); 45 CFR partes 160 y 164; 42 U.S. Código sección 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 U.S. Código sección 7332 38 CFR 1.475; 20 U.S. Código sección 1232g (“FERPA”); 34 CFR partes 99 y 300; y Ley del Estado.</i></p>	

EXPLICACIÓN 2 DEL FORMULARIO DEL FORMULARIO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA “AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A ARBOR E&T, LLC ACTION REVIEW GROUP (ARG)”

Necesitamos autorización escrita suya para poder obtener la información necesaria para procesar la aplicación de sus beneficios y establecer su capacidad para manejar los beneficios. Las leyes y regulaciones exigen que ciertas fuentes con información personal tengan autorización escrita y firmada antes de que nos sea proporcionada. Además, las leyes exigen autorización específica para entregar información acerca de ciertas condiciones y de fuentes educacionales.

Usted puede proporcionar esta autorización si firma el Formulario de Divulgación ARG 2. Las leyes Federales le permiten a las fuentes liberar tal información si usted firma una sola autorización para liberar toda la información en manos de todas las fuentes que puedan proporcionarla. Haremos copias de tal autorización para cada una de las fuentes. Algunos Estados y algunas fuentes individuales de información, exigen que usted específicamente nombre la fuente a la cual autoriza para liberar su información personal. En esos casos, le podríamos solicitar que firme una autorización para cada fuente y es posible que tengamos que contactarlo nuevamente para que firme más autorizaciones.

Usted tiene el derecho de revocar la presente autorización en cualquier instante, excepto en la medida que una fuente de información haya hecho uso de ella para tomar acciones. Para revocarla, envíe una comunicación escrita a ARG. Si lo llega a hacer, envíe una copia directamente a cualquiera de las fuentes que no desea que revele información acerca de usted, ARG puede indicarle si ha identificado algunas fuentes que no nos ha dicho. La información divulgada antes de la revocación, puede ser utilizada por parte de ARG para decidir sobre su solicitud.

Es política de ARG prestar servicios a personas con capacidad limitada de manejo del idioma inglés en su lengua nativa o el modo preferido de comunicación, de manera consistente con la Orden Ejecutiva 13166 (del 11 de agosto de 2000) y la Ley sobre Individuos con Discapacidades de Aprendizaje. ARG hace todos los esfuerzos razonables para garantizar que la información en el Formulario 2 de Divulgación ARG le sea llevada en su idioma natal o su idioma preferido.

INFORMACIÓN IMPORTANTE, QUE INCLUYE NOTIFICACIÓN REQUERIDA POR LA LEY SOBRE LA PRIVACIDAD

Toda la información personal recolectada por ARG está protegida por la Ley de Privacidad de 1974. Conforme al Contrato como Socio de Negocios con el Estado de Colorado (HCPF), su información privada está protegida y no podrá ser utilizada para

ningún fin distinto que no sea determinar discapacidad médica. Su información médica y de salud permanece amparada por las disposiciones de privacidad de información en 45 CFR 164 (impuesta por la Ley de Portabilidad de Seguro Médico y Rendición de Cuentas (HIPAA)). Luego de efectuar un diagnóstico médico y de esperar el período necesario de espera para efectos de apelaciones, toda la información médica se enviará al condado donde efectuó la solicitud. Una vez que la información médica le sea devuelta al condado, será destruida para resguardar su información médica personal.

ARG se encuentra autorizada para recolectar la información en el formulario de Autorización de Divulgación 2 de ARG y por las secciones 205(a), 223 (d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 163(d)(1) y 1631 (3)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social. Utilizaremos la información obtenida a través de este formulario para establecer su elegibilidad en cuanto a beneficios y su capacidad para manejar los beneficios que pueda recibir. El uso usualmente incluye la revisión de la información por parte de la agencia del Estado que procesará su caso y el control de calidad por parte del personal de ARG. En algunos casos, su información puede ser que sea revisada por los Jueces de Leyes Administrativas y por el personal de Política y Financiamiento de Cuidados Médicos (HCPF) que procesa la apelación de una decisión o por parte de investigadores llamados a dilucidar alegatos de fraude o abuso y podrá ser utilizado en cualquier proceso criminal, juicio civil o administrativo.

La firma del presente formulario es voluntaria; pero si no la firma o la revoca antes de que obtengamos la información necesaria, podría impedir una decisión oportuna acerca de su solicitud o reclamo y podría resultar en rechazo o pérdida de beneficios. La información que obtengamos a través del presente formulario sólo será utilizada para determinar elegibilidad para recibir Medicaid. Las únicas dos instancias en las cuales se hará entrega de su información será:

1. Para permitir a un tercero (por ejemplo a consultores médicos) o demás agencias gubernamentales para facilitar a ARG la acción de determinar elegibilidad para recibir Medicaid.
2. Para proporcionar la información médica necesaria para fines de exámenes y consultas. Fuera de las limitadas circunstancias antes indicadas,

ARG no liberará ninguna información médica sin la adecuada autorización escrita previa sobre información (1) relacionada con abuso de alcohol y/o drogas conforme a la parte 2 de 42 CFR o (2) de registros educacionales de un menor de edad conforme a la parte 99 de 34 CFR (Derechos Familiares Educacionales y Ley de Privacidad (FERPA)) o (3) en relación salud mental, discapacidad de desarrollo, SIDA o VIH.

También podríamos utilizar la información proporcionada por usted al momento de cotejar registros en computadoras. Los programas que cotejan la información, comparan nuestros registros con los de las agencias Federales, Estadales o locales. Las agencias podrían utilizar estos programas de cotejo de datos sólo con el fin de encontrar o comprobar que una persona califica para obtener los beneficios pagados por el gobierno Federal. La ley nos permite hacer lo anterior incluso sin su autorización.

Puede obtener de parte de ARG o de HCPF acerca de las posibles razones del porqué es necesaria la información que usted nos proporcione o del porqué es necesario hacerla disponible.

LEY SOBRE LA REDUCCIÓN DE PAPELEO

La recolección de la información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. §3507, enmendados en la Sección 2 de la Ley sobre Reducción de Papeleo de 1995. No es necesario que conteste esta preguntas a menos que mostremos un número legítimo de control de parte de la oficina de Office of Management. Estimamos que le tomará unos 10 minutos leer las instrucciones, recolectar los hechos y contestar las preguntas. **ENVIE EL FORMULARIO CON TODA LA INFORMACIÓN A: Arbor E & T, Action Review Group, PO Box 340, Olyphant, PA 18447. También puede enviarla por FAX a ARG al 1-877-672-2077. Puede llamar a ARG al 1-877-265-1864. Correo Electrónico o Email:actionreviewgroupmrt@arboret.com.**