

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Para Medicaid y Financiación de la Atención Médica, División de Salud Integrada, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah

| | | |
|--------------------|--------------------------------------|---------------------|
| | | / / |
| Nombre del miembro | Número de identificación del miembro | Fecha de nacimiento |

_____ por la presente autorizo a
(Nombre del miembro o representante personal)

Medicaid y Financiación de la Atención Médica de la División de Salud Integrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos a **divulgar** información de salud específica de los registros del miembro mencionado arriba a:

_____ *(Persona u organización que recibe la información de salud personal)*

_____ *(A dónde enviar la Información – Indique la dirección de la persona u organización)*

El intervalo de fechas de la información de salud cuya divulgación se autoriza es: **Notas clínicas más recientes**

La información de salud específica cuya divulgación se autoriza es: **Formulario de certificación medica de exencion para ninos medicamento complejos, notas de la visita mas reciente, incluido el examen fisico, medicamentos, lista de problemas, etc.**

El propósito de la divulgación es: **Determinacion de elegibilidad para la exencion de ninos medicamento complejos**

Esta autorización expirará en la siguiente fecha, evento, o condición: **60 días desde la fecha de la firma**

Entiendo que si no proporciono una fecha de vencimiento o condición, esta autorización solo será válida por el período de tiempo necesario para cumplir con su propósito. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, enviando una notificación por escrito al Funcionario de Privacidad (Privacy Officer) de Medicaid de Utah indicado arriba.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. La División de Medicaid y Financiación de la Atención Médica no puede denegar o negarse a proporcionar tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para recibir beneficios si me niego a firmar esta autorización.

Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de este Formulario de Autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o el centro que la recibe y puede dejar de estar protegida por las normas de privacidad federales o estatales.

Al firmar, reconozco que se me ha proporcionado una copia de esta autorización firmada.

Firma del Miembro o de su Representante Personal*

Fecha

*Si firma un representante personal, proporcione una descripción de la autoridad para actuar en nombre del miembro:

(Por favor adjunte la documentación que respalde la autoridad legal del nombramiento de la persona como representante personal, si corresponde (por ejemplo, poder notarial para atención médica, carta de tutela, albacea testamentario, etc.)