TEXAS Department of Aging and Disability Services

Forma 2277-S
Marzo de 2014-E

Divulgación de información del cliente

Agencia del Área para Adultos Mayores de _____

Nombre de la persona	Identificación de la persona:
Al firmar esta autorización, usted da permiso a la Agencia del Área para Adultos Mayores (AAA) para divulgar toda o una parte de la información sobre usted, incluso la información médica. Si no firma esta autorización, la AAA limitará los servicios que le ofrece. Esta autorización de divulgación da acceso a una gama de servicios disponibles por medio de la AAA o sus proveedores.	

El cliente o su representante personal debe llenar las Partes A, B y C.

Yo autorizo a la Agencia del Área para Adultos Mayores para que divulgue mi información a las siguientes personas o departamentos con el propósito indicado en la Parte A. La información estará disponible a la persona o al departamento indicado hasta el evento o la fecha de vencimiento anotados en la Parte B.

Parte A – Divulgación de información

Entiendo que la información puede contener información médica protegida. Divulguen mi información a la siguiente persona o departamento:

☐ Cualquier persona o departamento necesario para satisfacer mis necesidades de servicios.

☐ Solo a las personas o entidades identificadas: _____

Marque una de las siguientes opciones: ☐ Divulguen toda mi información. ☐ Divulguen solo la siguiente información:

_____

Parte B – Propósito de la divulgación

☐ General: Ayudar a evaluar, coordinar y satisfacer las necesidades personales de servicios.

☐ Específico: _____

☐ Vencimiento:

Esta autorización se vence al hacer una reevaluación, si aplica, o 3 años después de la fecha de vigencia. _____

Parte C – Firmas

_____ Persona o Representante personal

_____ Fecha

☐ Marque esta casilla si firmó en nombre de la persona y describa en el siguiente renglón su autoridad para actuar por la persona:

_____

Nota: si la persona que pide la divulgación de información no puede firmar su nombre, dos testigos de su marca (X) tienen que firmar a continuación. Acepte la firma de un solo testigo cuando no es posible obtener la firma de dos testigos. Documente la razón en el expediente de la persona.

_____ Testigo

_____ Fecha

_____ Testigo

_____ Fecha

Aviso a la persona:

- Una vez que dé la autorización para divulgar su información, la AAA no se hace responsable de ninguna divulgación de la información de parte del destinatario.
- Usted puede retirar el permiso que le haya dado a la AAA para usar o divulgar información de salud que lo identifique a usted, a menos que la AAA ya haya tomado alguna acción basándose en su permiso. Tiene que retirar el permiso por escrito.