

Programa de la Parte B para VIH/sida de Ryan White de Alabama
Autorización para divulgar información médica protegida

Nombre del cliente _____ N.° SS _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Condado _____

Código postal N.° de teléfono _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO A:

Departamento de Salud Pública de Alabama (ADPH)
The RSA Tower
201 Monroe Street
Montgomery, AL 36104

y/o

Proveedor de VIH/sida de Ryan White

PARA DIVULGAR, RECIBIR Y EXPLICAR LA INFORMACIÓN QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN A:

United Way of Central Alabama, Inc. (UWCA)*
3600 8th Avenue South
Birmingham, AL 35222

Alabama Partners in Care (APIC)
ADPH, UWCA, y otros proveedores
y participantes del Programa Ryan White

*UWCA funge como la agencia encargada y administradora de beneficios de seguros de la Parte B del Programa de VIH/sida Ryan White de Alabama.

MI AUTORIZACIÓN SE REFIERE AL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LOS SIGUIENTES REGISTROS:

Información médica y citas, incluidos tratamientos; citas e historial de servicios de apoyo; información financiera del individuo y su hogar; derivaciones a servicios; y cualquier otra información sobre servicios de salud y elegibilidad que se relacione con mi elegibilidad para la Parte B del Programa de VIH/sida Ryan White, mi inscripción al mismo, y los servicios que me sean provistos por él.

EL PROPÓSITO DEL USO O LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES:

Permitir la administración de la Parte B del Programa de VIH/sida Ryan White, que puede incluir la aportación de fondos a mis proveedores de servicios médicos y de apoyo, proporcionar información sobre elegibilidad a la red de proveedores de APIC y Ryan White en el estado de Alabama, realización de análisis e informes según los requisitos de subsidios federales, y la coordinación de la atención y los beneficios.

OTORGO MI AUTORIZACIÓN LIBREMENTE, EN EL ENTENDIDO DE QUE:

*Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto cuando ya se haya divulgado información con sustento en mi autorización, asumiendo que mi revocación se haga por escrito y se entregue en las siguientes direcciones a las partes autorizadas para usar o divulgar información.

*Los proveedores de servicios para VIH/sida de Ryan White no pueden condicionar sus tratamientos, pagos, inscripciones o elegibilidad para beneficios al hecho de que yo firme esta autorización.

*Una fotocopia o un fax de esta autorización tiene la misma validez que el original.

*La información que se divulgará puede volver a ser divulgada por el receptor, en los términos de las normas y reglamentos federales y del estado de Alabama, y podría ya no estar protegida por los reglamentos federales de privacidad.

*Se han celebrado acuerdos entre ADPH, UWCA, mi proveedor de Ryan White y la red de proveedores de Ryan White en Alabama (miembros de APIC) para proteger contra la divulgación adicional y el uso no autorizado de información médica, de servicios de salud y del cliente;

*Esta autorización tiene una vigencia de 15 meses consecutivos desde la fecha de mi firma, a menos que yo la revoque antes, y debe ser llenada durante cada certificación de elegibilidad anual (en su mes de nacimiento).

*La información usada o divulgada en los términos de esta autorización no se venderá ni se usará de otros modos para obtener utilidades o ganancias.;

*Mi proveedor de servicios para VIH/sida Ryan White me entregará una copia de esta autorización firmada cuando yo la solicite.

FIRMA DE CLIENTE (o CUIDADOR) _____ FECHA _____

REPRODUCCIÓN EN LETRA DE MOLDE DE LA FIRMA ANTERIOR _____

RELACIÓN DEL CUIDADOR CON EL CLIENTE (de haberla) _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ FECHA _____

REPRODUCCIÓN EN LETRA DE MOLDE DE LA FIRMA ANTERIOR _____