



Sirviendo a personas con discapacidades intelectuales y de desarrollo

Autorización para

divulgar la información de salud confidencial

This authorization complies with the requirements of:
Section 164.508 of the HIPAA Privacy Standards (45 CFR, Parts 160 and 164)
and Occupations Code § 159.005 – Consent for Release of Confidential Information.

Nombre: _____
(Nombre del cliente)

Domicilio: _____
(Calle y número, apartado postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Yo autorizo que el aqui inscrito, proveedor de servicios de salud, abogado, consejero, escuela, etc.:

(Individuo, medico, hospital, clinica.)

(Calle y número, apartado postal) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Que divulge la siguiente informacion confidencial:

- Si No Informacion medica. Indique informacion especifica:
Si No Informacion sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Indique Informacion especifica.
Si No Reportes psicologicos. Indique informacion especifica:

Al siguiente individuo:

Jeanne Calvert RN, CCN - The Arc of San Antonio

(Nombre o posición del individuo, de la organización, si acaso representa a alguna)

13430 West Avenue, San Antonio, TX 78216 jcalvert@arc-sa.org (210) 490-4300 Extension 138
(Calle y numero, apartado postal) (Ciudad) (Estado) (Código postal) (Email) (Phone)

La información divulgada podría ser usada por el individuo, o por la organización que el individuo representa, para los propósitos siguientes:

Cuidado general de enfermería del individuo nombrado, para incluir administración de medicamentos (Rx y PRN), alimentación por sonda (G-tube) y tratamientos con nebulización, si se ordena por proveedor médico.

El presente consentimiento se terminara en un año a partir de hoy, o servicios son suspendido o sobre mi petición.

Esta forma Si yo la leí Si se me leyó y, entiendo y acepto su significado. Todas las líneas en blanco fueron llenadas, antes de que yo firmara esta forma.

Entiendo que tengo el derecho a no firmar este consentimiento para dar información. Entiendo que: 1) este consentimiento no afectara el tratamiento, el pago, la participación en el programa o la elegibilidad para beneficios y 2) cualquiera que obtenga información como resultado de este consentimiento puede compartirlo con otras personas como la ley lo permita.

(Firma de la personal autorizada) (Fecha)

(Escriba con letra de molde o con maquina de escribir el nombre de la persona autorizada para acceder a la divulgación de la información)

(Dirección) (Teléfono)