



## Autorización para divulgar información

**Estamos comprometidos con la privacidad de su información.  
Lea atentamente esta información.**

**¿Cuál(es) oficina(s) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) debe(n) ayudarle? Marque.**

<input type="checkbox"/> Oficina de Servicios MaineCare	<input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias
<input type="checkbox"/> Oficina del Equipo de Independencia de la Familia y Revisión Médica	<input type="checkbox"/> Oficina de Atención a los Niños y a la Familia
<input type="checkbox"/> Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Maine	<input type="checkbox"/> Oficina de Atención a Personas Mayores y Discapacitados
<input type="checkbox"/> Centro Psiquiátrico Dorothea Dix	<input type="checkbox"/> Oficina de Audiencias Administrativas
<input type="checkbox"/> Centro Psiquiátrico Riverview	<input type="checkbox"/> Otro: _____

**¿A quién pertenece la información a divulgar? Escriba claro en letra de molde.**

Nombre de la persona	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	
Dirección	Pueblo/Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ( ) -	Dirección de correo electrónico @		

**¿Qué información debe divulgar el DHHS? Marque todas las que correspondan.**

<p><b><u>Permiso general:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Toda</b> la información de salud de la(s) oficina(s) del DHHS marcada(s) anteriormente</p> <p><input type="checkbox"/> Reclamos o registros médicos electrónicos (información sobre visitas a los proveedores de atención médica)</p> <p><input type="checkbox"/> Datos de facturación, pagos, ingresos, bancarios, fiscales, de activos o datos necesarios para ver si califica para los beneficios del programa del DHHS</p> <p><input type="checkbox"/> Limitar la(s) siguiente(s) fecha(s) o tipo(s) de información: (por ejemplo, "último examen de laboratorio de fecha 2 de junio de 2017" o "reclamos entre 2015 y 2017")</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>	<p><b><u>Permiso especial: Servicios o remisiones por alcohol/drogas</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Incluir <b>toda</b> la información sobre drogas/alcohol en la divulgación</p> <p><input type="checkbox"/> Incluir solo los <b>registros específicos</b> de drogas/alcohol marcados:</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Notas clínicas y resúmenes de alta médica</p> <p><input type="checkbox"/> Resumen o historial de drogas/alcohol</p> <p><input type="checkbox"/> Información de pago o reclamos</p> <p><input type="checkbox"/> Situación de vivienda y apoyos sociales</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamento, dosis o suministros</p> <p><input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<p><b><u>Permiso especial: Servicios de salud mental/conductual</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Incluir esta información en la divulgación</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo revisar mi registro de salud mental/conductual antes de la divulgación. Entiendo que la revisión será supervisada.</p> <p><b>Recuerde lo siguiente:</b> La ley de Maine nos permite compartir esta información con otros proveedores de atención médica y planes de salud para coordinar su atención (para ayudar a atenderlo) con la condición de que hagamos un esfuerzo razonable para notificarle sobre la divulgación.</p>	<p><b><u>Permiso especial: Resultados de pruebas/Estatus de VIH/SIDA</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Incluir esta información en la divulgación</p> <p><b>Recuerde lo siguiente:</b> La ley de Maine nos obliga a notificarle los posibles efectos de divulgar información sobre VIH/SIDA. Por ejemplo, puede recibir atención más completa si divulga esta información, pero podría experimentar discriminación si sus datos son mal utilizados. El <b>DHHS</b> protegerá sus datos sobre el VIH y toda su información, como lo exige la ley.</p>

**¿Está pidiendo que el DHHS envíe su información por CORREO ELECTRÓNICO?  Sí.**

Aunque el DHHS tiene protecciones de privacidad y seguridad para mi información, entiendo que el correo electrónico e Internet tienen riesgos que el DHHS no puede controlar. Es posible que un tercero pueda leer mi información enviada por correo electrónico. **ACEPTO ESOS RIESGOS** y seguiré solicitando que el DHHS envíe mi información por correo electrónico. **COLOQUE SUS INICIALES AQUÍ** \_\_\_\_\_

**¿Adónde debe el DHHS enviar su información por correo electrónico? Escriba claramente en letra de molde la dirección de correo electrónico:**

¿Cuál es el propósito de la divulgación? Marque o escriba una respuesta.

- Para coordinar o administrar mi atención  Por un asunto legal que incluya proporcionar testimonio  
 Una solicitud personal  Para ver si califico para beneficios o seguro  Otro \_\_\_\_\_

Marque y escriba claramente en letra de molde a continuación:  Enviar mi información a  Obtener mi información de:

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ Nro. de teléfono                      Fax _____	Nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código postal _____ Nro. de teléfono                      Fax _____
---	---

Entiendo y acepto que:

- La “Información” puede ser por escrito, oral o en formato electrónico.
- Este formulario tendrá una vigencia de **un año** a partir de la fecha a continuación a menos que revoque (retire) mi permiso antes.
- Para retirar mi permiso, llenaré el Formulario de Revocatoria que se encuentra en <http://www.maine.gov/dhhs/privacy/index.shtml> y lo enviaré a la oficina donde recibo los servicios. Esto no aplicará a la información que el DHHS ya divulgó con mi permiso.
- Si retiro mi permiso o me rehúso a divulgar parte o toda mi información, mi elección podría conducir a un diagnóstico o tratamiento inadecuados, o a la denegación de la cobertura del seguro.
- Permiso que las personas u oficinas indicadas en este formulario se comuniquen para el (los) propósito(s) de este formulario.
- La información médica de otros proveedores (como médicos, hospitales y consejeros) en mi archivo del DHHS está incluida en esta divulgación.
- A menos que esté solicitando beneficios, el DHHS no basará mi tratamiento, pago por servicios o beneficios en si firmo o no este formulario.
- Las oficinas del DHHS mantendrán mi información confidencial según lo exigido por la ley. Si elijo compartir mi información con otras personas que no estén obligadas por ley a mantenerla privada, puede que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad.
- Si se incluyen registros de un programa de tratamiento de alcohol o drogas (trastorno por el uso de sustancias) en esta divulgación, el DHHS incluirá un aviso que indique que dicha información no podrá volver a divulgarse ni compartirse sin mi permiso por escrito.

Firmo este formulario de forma voluntaria. Tengo derecho a una copia firmada de este formulario si solicito una.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Representante personal autorizado para firmar: \_\_\_\_\_