

AGENCIA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES (APD)

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER O REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

SU APELLIDO	SU NOMBRE DE PILA	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

[] Por la presente, libre y voluntariamente consiento y autorizo a la Agencia para Personas con Discapacidades (“APD”), o sus agentes o representantes, **a obtener** mi información médica protegida de la(s) persona(s), organismos, instituciones o entidades que se indican a continuación con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

[] Por la presente, libre y voluntariamente consiento y autorizo a la Agencia para Personas con Discapacidades (“APD”), o a sus agentes o representantes, **a obtener solo partes específicas** de mi información médica protegida de la(s) persona(s), organismos, instituciones o entidades indicadas a continuación para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

[] Por la presente, autorizo libre y voluntariamente a la Agencia para Personas con Discapacidades (“APD”), o a sus agentes o representantes, **a discutir, acceder, usar y/o revelar asuntos** relacionados con mi información de salud protegida a o de la(s) persona(s), organismos, instituciones o entidades que se indican a continuación para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

La información solicitada a continuación será accedida, utilizada o revelada para los siguientes propósitos:

<input type="checkbox"/>	Informes médicos	<input type="checkbox"/>	Informes de Servicio Social
<input type="checkbox"/>	Expedientes y planes académicos	<input type="checkbox"/>	Informes de habla y audición
<input type="checkbox"/>	Planes de habilitación / Planes de	<input type="checkbox"/>	Informes de terapia física
<input type="checkbox"/>	Informes psicológicos	<input type="checkbox"/>	Informes de terapia ocupacional
<input type="checkbox"/>	Otro (especifique)		

Nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico y/o número de fax de la persona, agencia, institución o entidad de quien se obtendrá mi información médica protegida:

Nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico y/o número de fax de la persona, agencia, institución o entidad a la que se puede hablar y/o revelar mi información médica protegida:

- Entiendo que mi información de salud protegida puede ser accedida, discutida, utilizada y/o revelada para fines de tratamiento, pago, operaciones de atención médica y según lo permita o exija la ley.
- También entiendo que la información revelada bajo este consentimiento para obtener o revelar información de salud protegida puede ser revelada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no proteja mi información de salud según la ley federal o estatal, si el destinatario de la información está obligado a cumplir con los requisitos de HIPAA.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento escribiendo a la APD, excepto en la medida en que ya se haya actuado sobre la base de este consentimiento para obtener o revelar información de salud protegida.
- Sé que puedo inspeccionar o copiar cualquier información utilizada/revelada bajo este consentimiento.

Este consentimiento caduca el _____. Entiendo que si este consentimiento no ha sido revocado por mí o no especifica una fecha de vencimiento del consentimiento, vencerá automáticamente a los noventa (90) días calendario a partir de la fecha de la firma del consentimiento.

Con su firma a continuación, reconoce que comprende y acepta la información anterior.

Firma del cliente	Fecha
Si es el representante legal de un cliente, debe indicar su cargo y presentar documentación que demuestre su autoridad legal para actuar en	
Firma del representante legal	Fecha Relación del representante legal