

Departamento de Educación del Estado de Maryland
División de Servicios de Rehabilitación
SOLICITUD de INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Entregar a: _____

Teléfono de oficina: _____

Fax de oficina: _____

A:

Nombre del proveedor: _____

Domicilio del proveedor: _____

REF.:

Nombre del consumidor: _____

Domicilio del consumidor: _____

Número de Seguro Social del consumidor: _____

Fecha de nacimiento del consumidor: _____

El divulgar o la divulgación significa la comunicación de información personal acerca de un solicitante o persona elegible para servicios de rehabilitación vocacional o la revelación de expedientes conteniendo información personal sobre un solicitante o persona elegible para servicios de rehabilitación vocacional. COMAR 13A.11.06.02B(3).

Mi firma más abajo autoriza a la fuente arriba mencionada a divulgar a la División de Servicios de Rehabilitación la siguiente información de salud protegida y/o cualquier otra información confidencial, la cual podrá incluir:

- Información con respecto a tratamiento, hospitalización y/o cuidado en consultorio externo para mis problemas de salud, incluyendo resúmenes e informes sobre cuadro(s) psicológico(s) o psiquiátrico(s) (con la excepción de “notas de psicoterapia” tal como se definen los mismos en 45 CFR 164.501), abuso de drogas, alcoholismo, anemia falciforme, infección con virus de inmunodeficiencia humana (HIV), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o pruebas de HIV/AIDS, o enfermedades de transmisión sexual; y además
- Información sobre la manera en que mi(s) problema(s) de salud afectan mi habilidad para realizar actividades en mi vida diaria y en mi vida laboral:

- ☐ Evaluación de la salud del comportamiento
- ☐ Evaluación de la salud física
- ☐ Resúmenes de ingreso / salida de hospital
- ☐ Antecedentes sociales
- ☐ Informes psicológicos / psiquiátricos
- ☐ Documentación médica
- ☐ Certificados de estudios / informes escolares
- ☐ Registros de seguro social
- ☐ Status con respecto al boleto para trabajar
- ☐ Documento de egreso de escuela secundaria
- ☐ Otros: _____

Autorizo la divulgación de esta información para los siguientes propósitos:

- ☐ Para determinar si estoy en condiciones de recibir servicios y/o determinar los servicios de rehabilitación que correspondan
- ☐ A mi solicitud

Fechas de servicios: _____

Mi firma indica que tengo conocimiento de las políticas y procedimientos de la DORS con respecto a la confidencialidad y divulgación de registros, y que además tengo conocimiento de que este consentimiento se puede revocar por escrito en cualquier momento. Mi firma también implica que he leído y/o me han explicado la información consignada anteriormente y que he comprendido dicha información. Acepto que una copia de la presente autorización, incluyendo una copia electrónica, pueda tener la misma autoridad que la original. Comprendo que puedo solicitar una copia de este formulario.

Yo entiendo que firmando este formulario es de manera voluntaria, pero no firmándolo o revocándolo antes de que DORS reciba la información necesaria, pudiera prevenir una determinación puntual de elegibilidad para la rehabilitación vocacional o los servicios apropiados de rehabilitación vocacional. DORS no es una entidad cubierta como es definida por 45 CFR 160.103 y esta autorización no está relacionada al tratamiento individual,

pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de un plan de salud como es descrito en 45 CFR 164.508(c)(2).

Comprendo que la firma de este formulario es un acto voluntario, pero que el hecho de no firmarlo, o de revocarlo antes de que la DORS reciba la información necesaria, podría afectar negativamente la determinación oportuna de mi elegibilidad o de servicios apropiados.

Este consentimiento, a menos que fuera revocado por mí por escrito, será:

- ☐ Válido durante más de 45 días y continuando a partir de la fecha de la firma mientras recibo servicios de rehabilitación de la DORS;
- ☐ Válido durante 45 días a partir de la fecha de la firma; o
- ☐ Tiene fecha de vencimiento el: _____

Firma de la Persona / Representante y fecha de la firma:

Firma del personal de la DORS y fecha de la firma:

La información suministrada pasará a formar parte del registro de la DORS de servicios para el individuo. La DORS no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud; si la DORS vuelve a divulgar la PHI, es posible que la información revelada ya no esté protegida por la

cláusula de privacidad de 45 CRF parte 164 exigida por la Ley de Portabilidad y Exigibilidad del Seguro de Salud [Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)], pero es probable que esté protegida por la legislación de Maryland. Sin embargo, la DORS sólo volverá a divulgar dicha PHI y/u otra información confidencial de conformidad estricta con las leyes y reglamentaciones federales y estatales de aplicación. La información que la DORS crea que pueda ser perjudicial para el individuo sólo será divulgada al representante de ese individuo.