



Divulgación de Información

Yo, _____ (*Nombre del Cliente*), autorizo a Care Directions, Arizona School of Dentistry and Oral Health, Chicanos Por La Causa, Maricopa County Employee Benefits and Health, Ebony House, Maricopa Integrated Health System, Maricopa County Office of Health Education & Promotion, Phoenix Indian Medical Center, Southwest Center for HIV/AIDS y Sun Life, Concesionarios y/o Contratistas del Programa Ryan White HIV/AIDS, a divulgar mi información de salud protegida (PHI) y otra información de mis expedientes a cualquier Concesionario o Contratista del Programa Ryan White HIV/AIDS, (Ryan White) que opera en el Condado de Maricopa y/o en el Condado de Pinal, Arizona.

El propósito de esta divulgación es permitir que los Concesionarios y/o Contratistas del Programa Ryan White HIV/AIDS intercambien mi PHI u otra información de mis expedientes con los Contratistas y Concesionarios de Ryan White para los propósitos de:

- Continuidad de cuidados, tratamientos, pagos, y operaciones de cuidados de la salud, incluyendo elegibilidad, demografía, tratamientos de emergencia, pagos a Contratistas u otra información de reporte de estadísticas;
- Reporte obligatorio, incluyendo informes de datos a nivel de cliente;
- Divulgaciones requeridas por ley;
- Procesos y procedimientos legales;
- Supervisión incluyendo las revisiones y auditorías de control de calidad de servicios proporcionados que son financiados por Ryan White;
- Divulgación a un Examinador Médico;
- Divulgación de condiciones de salud pública que deben notificarse; e
- Inclusión en sistemas de datos compartidos para demografía, elegibilidad y otros informes estadísticos;
- Si en el curso de la prestación de servicios a un cliente, un proveedor de RWPA identifica información que podría ser perjudicial para el cliente o el público, el proveedor puede reportar esa información a las autoridades competentes.

Si se requiere, para los propósitos que se mencionan arriba, autorizo la divulgación de la siguiente información para el período de tiempo desde la fecha de mi firma hasta un (1) año a partir de la fecha de mi firma:

- VIH/SIDA y otra información de enfermedades transmisibles, incluyendo Asesoramiento y Pruebas de VIH;
- Información sobre tratamiento de Salud Conductual, Salud Mental o Psiquiátrico; y/o
- Información sobre tratamiento de abuso de sustancias.

A menos que revoque esta autorización anticipadamente, ella caducará en un (1) año a partir de la fecha de mi firma. Además entiendo que mi revocación no se aplicará a información que ya haya sido divulgada en respuesta a esta Divulgación. Para revocar esta autorización, debo entregar una solicitud por escrito a

Central Eligibility Office, Care Directions
1366 E. Thomas Road, Suite 203
Phoenix, AZ 85014

Al firmar esta Divulgación de Información, libero a todos los Concesionarios y Contratistas, empleados, oficiales, directores, personal médico y agentes de Ryan White de toda responsabilidad legal por la divulgación de información en la manera que se indica y se autoriza en esta Divulgación. Además entiendo que los Concesionarios y Contratistas de Ryan White mantendrán la confidencialidad de la divulgación de mi PHI u otra información, y que ellos usarán mi PHI u otra información solamente para los fines enumerados arriba.

Entiendo los asuntos que se discuten en esta Divulgación de Información y que al firmar a continuación, acepto haber recibido una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del Programa Ryan White, Lista de Proveedores, y Declaración de Derechos y Responsabilidades de los Clientes, junto con las Normas de Quejas de los Clientes de HIV Care Directions.

Nombre en Letras de Molde

Firma

Fecha

Firma del Representante Legal

Relación con el Cliente