

Autorización para divulgación de información sobre elegibilidad

Nombre del cliente:

Fecha de nacimiento
del cliente:

No. de Seguro Social del cliente:

La información será divulgada a (nombre, dirección, ciudad, estado, código, tel., correo elec.): _____

Propósito de divulgación:

Establecer la elegibilidad Determinar el monto de la asistencia Prestar servicios

Realizar o dar ayuda a una investigación, enjuiciamiento, o un proceso civil o penal relacionado con la administración de Medicaid de Nebraska o Asistencia Económica.

Descripción específica de información que se divulgará: _____

Esta autorización se vencerá el _____ o en 90 días después de la formalización de este documento si no se provee otra fecha. Entiendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento con el envío de una solicitud por escrito; en acuerdo con la Notificación de Prácticas de Privacidad que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (NDHHS) publicó en 23 de septiembre del 2013, y será honrada con excepción de información que ya haya sido divulgada. También entiendo que si la(s) persona(s)/organización(es) autorizada(s) para recibir mi Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) no es o no son un plan de salud ni un proveedor de cuidado de salud, es posible que la información divulgada ya no sea protegida por las normas de privacidad federales.

Al firmar esta autorización, reconozco que la información que se va a divulgar puede incluir material protegido por las leyes federales y que le aplica a información relacionada con el consumo de drogas/alcohol o con VIH o ambos. Se me ha explicado que no firmar este formulario no afectará el tratamiento o el pago. Sin embargo, puede afectar la inscripción o elegibilidad para ciertos beneficios proporcionados por NDHHS

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Representante personal: Padre Tutor Apoderado legal Fecha: _____

NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO

NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO Esta información que le ha sido divulgada proviene de registros cuya confidencialidad está protegida bajo las leyes estatales y federales (incluyendo regulaciones federales, 38 CFR 1.460-1.499, 42 CFR Parte 2 y 431 Subparte F) que prohíben que usted haga divulgaciones adicionales de la información en este registro que identifique a un paciente como que tiene o ha tenido un trastorno por el consumo de sustancias ya sea directamente, por referencia a la información disponible públicamente, o a través de la verificación de tal identificación por otra persona a menos que la persona cuya información sea divulgada haya dado consentimiento por escrito haya dado autorización explícita por medio de un consentimiento por escrito o como lo permitan 42 CFR Parte 2. Las regulaciones federales restringen el uso de la información en la investigación o enjuiciamiento a un paciente con un trastorno por consumo de sustancias con respecto a un crimen, excepto como aplique en conformidad con 42 CFR 2.12 (c)(5) y 2.65. Una autorización general de divulgación de información médica o de otra índole NO es suficiente para este propósito.