

Al completar este formulario autoriza la divulgación de la información descrita en la siguiente sección denominada "Descripción específica de la información autorizada para su divulgación". La persona cuya información se divulga puede tener derecho a inspeccionar y, al pagar las tarifas correspondientes, obtener una copia de los registros divulgados. A excepción de los registros sobre medicamentos/tratamientos somáticos, un director/designado de un centro de tratamiento para enfermedades mentales, discapacidad del desarrollo, abuso de alcohol o drogas puede negar ese derecho durante el tratamiento en determinadas circunstancias.

Nombre – Persona cuya información será divulgada	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	
Número de Medicaid	Fecha de nacimiento

Nombre y dirección – Agencia/Organización a quien autorizo a que se le divulgue mi información

Nombre - A quien puede ser divulgada la información	
Organización	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	

Descripción específica de la información autorizada para su divulgación

Autorizo la divulgación de la información relacionada con mi problema de transporte sin carácter de emergencia que tuvo lugar el:

Fecha _____

Para la descripción de la queja _____.

Esto incluye (*proporcione una descripción*) _____.

Motivo o necesidad para la divulgación de la información (indicar de manera específica)

Autorización para divulgar la información necesaria para que se investigue mi queja por el problema de transporte médico sin carácter de emergencia descrito anteriormente.

Acuerdos

- Esta autorización es voluntaria. Si no firma, el tratamiento, el pago, la inscripción y la elegibilidad para los beneficios no se verán afectados.
- El destinatario de la información que autorizo a divulgar puede volver a divulgarla solo si así lo permite la ley. Si la información se vuelve a divulgar, el destinatario de la información divulgada por segunda vez puede verse afectado por diferentes leyes.
- Puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento, excepto en el caso de la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación por escrito debe entregarse a la agencia/organización a quien autorice para divulgar la información.
- A menos que se revoque, esta autorización se mantendrá vigente hasta la fecha de vencimiento que se indica a continuación.

Elija una opción:

- La autorización vence el _____ (Fecha).
- La autorización vence _____ mes(es) a partir de la fecha en que la firmo.
- La autorización vence una vez resuelta la queja.

Tal como lo demuestra mi firma, por la presente autorizo la divulgación de la información a la(s) persona(s) o agencia(s) especificada(s) anteriormente.

FIRMA - Persona cuya información será divulgada		Fecha de la firma
FIRMA - Otra persona autorizada de manera legal a dar su autorización para la divulgación		Fecha de la firma
	Título o relación	