HCF-BES 114ARS
5/06

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

(Para divulgación de la División de Financiamiento de Asistencia Médica o el Departamento de Servicios de Fuerza Laboral)

_____	_____	_____/_____/_____
Nombre del cliente	**# de Seguro Social**	**Fecha de nacimiento**

Yo, _____ autorizo al Departamento de Salud de Utah,
(*Cliente o representante autorizado)*
mediante la División de Financiamiento de Asistencia Médica o el Departamento de Servicios de Fuerza Laboral (DWS), a revelar información concerniente al caso de elegibilidad para Medicaid del cliente mencionado a:

_____
(Organización o persona autorizada para recibir la información)

El propósito de esta divulgación es: **para dar permiso a Medicaid a compartir abiertamente toda información concerniente a:**

- **la solicitud de Medicaid actual del cliente, o**
- **el caso abierto de Medicaid del cliente, o**
- **la solicitud/el caso de Medicaid del cliente que fue negado o cerrado en la fecha _____.**

Entiendo que esta autorización será efectiva la fecha que esta forma sea firmada y continúa válida:

- **Para una solicitud que esté aprobada—hasta que el caso se cierre, más el tiempo requerido para continuar con cualquier apelación si el caso fuese cerrado.**
- **Para una solicitud que esté negada—hasta que el caso sea negado, más el tiempo requerido para continuar con cualquier apelación si el caso fuese cerrado.**

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, mandando una notificación por escrito a mi trabajador de caso. Entiendo que esta revocación no será efectiva hasta el punto que la División de Financiamiento de Asistencia Médica o el Departamento de Servicios de Fuerza Laboral haya dependido de la información de salud revelada.

Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Entiendo también que la División del Financiamiento de Asistencia Médica o el Departamento de Servicios de Fuerza Laboral no puede negar la elegibilidad para beneficios si yo me niego a firmar esta autorización.

Entiendo que una vez revelada la información concerniente según lo acordado con esta autorización, es posible que ésta no continuara siendo protegida por las leyes federales de privacidad médica y que puede ser difundida por la persona o agencia que la reciban.

Firmando, yo reconozco que he sido proporcionado con una copia de esta autorización firmada.

_____/_____
(Firma del cliente o representante autorizado) Fecha

Si firma un representante autorizado, describa la autoridad que tiene: _____