



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA O DE SALUD, CENTROS DE CUIDADOS, PROVEEDORES DE CUIDADOS DOMICILIARIOS Y OTROS PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS

Yo, _____ por este conducto autorizo y solicito que Sate of Missouri, Department of Social Services, Family Support Division, dé a conocer o divulgue a la siguiente organización o persona: _____ (nombre de persona u organización) en _____ (dirección), _____ (número de teléfono), la información financiera y de salud de la siguiente persona:

NOMBRE DE LA PERSONA CUYA INFORMACIÓN SERÁ DIVULGADA	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL O DCN
--	---------------------	--------------------------------

LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SERÁ DIVULGADA ES TODA LA INFORMACIÓN FINANCIERA Y MÉDICA DE LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE, INCLUYENDO, DE MANERA ENUNCIATIVA Y NO LIMITATIVA, LOS DOCUMENTOS Y LA INFORMACIÓN NECESARIOS PARA LOGRAR LOS SIGUIENTES FINES.

EL PROPÓSITO DE ESTA SOLICITUD ES:

- AYUDAR A SOLICITAR BENEFICIOS DE MO HEALTHNET
- AYUDAR A RENOVAR LA ELEGIBILIDAD DE LOS BENEFICIOS DE MO HEALTHNET
- AYUDAR A REALIZAR POSIBLES CAMBIOS EN LA ELEGIBILIDAD DE LOS BENEFICIOS DE MO HEALTHNET

SUS DERECHOS RELACIONADOS CON ESTA AUTORIZACIÓN

No se le puede exigir que firme este formulario de autorización para divulgar información. Si no firma este formulario su solicitud de MO HealthNet no será rechazada. Si no firma este formulario podría haber una demora en la entrega de sus beneficios porque la información necesaria posiblemente no se proporcione oportunamente a Family Support Division. Si firma este formulario, debe recibir una copia. Tiene derecho de revisar la información que se divulgará y puede revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello escriba a la institución mencionada anteriormente y DSS Privacy Officer at PO Box 1527, Jefferson City, MO 65102. Al revocar esta autorización no impedirá que se divulgue la información que ya ha sido dada a conocer conforme a la autorización. Debe comprender que una vez que la información se divulgue a la institución o la persona mencionadas anteriormente, su información podría seguir divulgándose subsecuentemente. Los registros sobre tratamiento contra alcoholismo y drogadicción están protegidos específicamente por normas federales (42 CFR Parte 2) y al firmar esta autorización usted autoriza irrestrictamente que todos los registros médicos, incluidos los registros sobre alcoholismo y drogadicción presentes en sus archivos, se divulguen a la institución o la persona mencionadas anteriormente. Si no desea que se divulguen sus registros sobre alcoholismo y drogadicción, marque esta casilla:

FIRMA

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización y al firmar esta autorización, manifiesto que corresponde plenamente con mi voluntad. **Nota: Si un tutor, un representante legal o un representante personal firma este documento, además de la autorización firmada deben proporcionar documentación específica sobre su condición y autoridad para firmar esta autorización para la Family Support Division.**

FIRMA (PERSONA, TUTOR, REPRESENTANTE LEGAL O PERSONAL)	FECHA
--	-------

DIRECCIÓN

VIGENCIA: Esta autorización es válida hasta _____ o durante un año, en caso de que no se indique una fecha.

ENTREGUE LA INFORMACIÓN SOLICITADA AL SIGUIENTE PROVEEDOR DE HCBS O ASILO:

OFICINA	TELÉFONO
---------	----------

DIRECCIÓN

PROPORCIONE UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO