

# Solicitud de Discapacidad

Solo para uso del condado:

Condado	Fecha de la solicitud
---------	-----------------------

**Esta Solicitud de Determinación de Discapacidad de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) debe enviarse a la oficina de su condado.**

**Solo se procesarán solicitudes completas y firmadas.**

## SI NECESITA AYUDA

Si necesita ayuda con esta solicitud, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de su condado. Complétela todo lo que pueda antes de comunicarse con el técnico de su condado. Encuentre la información de contacto de su condado en [CO.gov/cdhs/contact-your-county](https://CO.gov/cdhs/contact-your-county).

## CÓMO COMPLETAR ESTA SOLICITUD

La información que se proporciona en esta solicitud se utilizará para decidir si cumple con los criterios de discapacidad para acceder a los beneficios de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado). El Estado de Colorado también permite que las personas califiquen para un estatus de discapacidad limitada si están empleadas. Su elegibilidad financiera se determinará en forma separada a esta solicitud.

**Recuerde que ser portador de una discapacidad no garantiza que calificará a la inscripción en Health First Colorado.**

- Si alguna vez solicitó beneficios por discapacidad a la Administración de Seguridad Social (SSA, según la sigla en inglés), **incluya copias de todas las cartas y avisos de la SSA sobre su solicitud de discapacidad.**
- **NO DEJE RESPUESTAS EN BLANCO.** Si no sabe la respuesta, o la respuesta es “ninguna” o “no se aplica”, escriba: “no sé”, “ninguna” o “no se aplica”.

- Cada dirección debe incluir el **código postal**. Cada número de teléfono debe incluir el **código de área**. Debe proporcionar información completa para cada médico que identifique en esta solicitud. Si no proporciona la información completa, es posible que esos registros médicos no se utilicen para tomar una decisión sobre su caso.
- **No le pida a un médico u hospital que complete esta solicitud.** Puede obtener ayuda de un amigo, consejero, administrador de casos, técnico del condado o familiar.
- Asegúrese de **dar a conocer las fechas completas (mes/día/año)** y proporcione una explicación si la pregunta solicita detalles o si desea brindar información adicional.
- Si necesita más espacio o desea dar más información en una respuesta determinada, **utilice los Comentarios de la Sección 8** en la página 20. Proporcione el número de la pregunta a la que está respondiendo.
- Puede enviar copias de cualquier historia clínica que tenga junto con esta solicitud. Si no tiene esas copias, la persona que revisa su solicitud puede obtenerlas por usted sin cargo.
- Existen muchos factores que impactan cuando se completa la revisión de su solicitud de discapacidad, incluida la obtención de toda la información médica necesaria. Después de completar la revisión, se le notificará por carta.

## Sección 1 - Información sobre su discapacidad

A. **Nombre** (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

---

B. **Número de Seguridad Social**

Marque aquí si no es elegible para recibir un SSN o se niega a obtenerlo debido a una objeción religiosa establecida.

---

C. **Fecha de nacimiento**

D. **Edad**

E. **Sexo**

---

F. **Dirección postal** (Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

---

G. **Dirección de e-mail**

---

H. ¿Puede hablar y entender inglés?    Sí    No (El revisor pagará un intérprete si necesita hacerle una pregunta sobre su solicitud. Consulte “Ayuda en su Idioma” en la página 31.)

Si la respuesta es “No”, ¿qué idioma habla? \_\_\_\_\_

I. ¿Puede leer inglés?    Sí    No    ¿Puede escribir en inglés?    Sí    No

J. **Número de teléfono diurno:** Si no tiene un teléfono donde podamos localizarlo, proporcione un número de teléfono durante el día donde podamos dejarle un mensaje.

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Este es    Mi número    Número para mensaje

K. Si desea que un amigo o familiar que conoce sus condiciones de discapacidad lo ayude con su solicitud, proporcione su información aquí para que podamos comunicarnos con él o ella.

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

## Sección 1 (continuación)

Si está solicitando ayuda para un niño, complete las preguntas en L. Si no es el caso, pase a la Sección 2.

L. ¿El niño(a) vive con usted?    Sí    No    Si la respuesta es “No”, indique a continuación con quién vive el niño(a).

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

¿Tiene el niño(a) un tutor legal o custodio que no sea usted?    Sí    No

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

¿Existe otro adulto que ayude a cuidar al niño(a) y pueda ayudarnos a obtener información sobre él o ella si es necesario?    Sí    No

Nombre \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

## Sección 2 - Condiciones y afectos de discapacidad física o mental

- A. ¿Cuál es su altura sin zapatos? \_\_\_ Pies \_\_\_ Pulgadas
- B. ¿Cuál es su peso sin zapatos? \_\_\_\_\_ Libras
- C. ¿Cuáles son sus condiciones de discapacidad? Enumere cada condición por separado. Si tiene cáncer, incluya el estadio y el tipo.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- D. ¿Cómo limitan su capacidad para trabajar sus condiciones de discapacidad?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- E. ¿Sus condiciones de discapacidad le causan dolor u otros síntomas, como convulsiones, etc.?    Sí    No
- F. ¿Cuándo comenzaron a molestarle sus condiciones de discapacidad?
- MM/            DD/            AAAA
- G. ¿Cuándo comenzó a ser inviable trabajar debido a su condición?
- MM/            DD/            AAAA
- H. ¿Alguna vez trabajó, incluido el trabajo por cuenta propia, que le haya permitido obtener ingresos?    Sí    No    Si la respuesta es “No”, pase a la Sección 4.
- I. ¿Trabajó alguna vez, después de la fecha en que sus condiciones de discapacidad le comenzaron a molestar?    Sí    No
- J. Si la respuesta es “Sí”, ¿sus condiciones de discapacidad hicieron que:
- (Seleccione todo lo que se aplica)
- ¿Trabajara menos horas? (Explique a continuación)
- ¿Cambiará sus tareas laborales? (Explique a continuación)
- ¿Realizará cambios relacionados con el trabajo tales como asistencia, ayuda necesaria o cambio de empleador? (Explique a continuación)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Sección 2 (continuación)

K. ¿Está trabajando ahora?      Sí      No      Si la respuesta es “No”,  
¿cuándo dejó de trabajar?      MM/      DD/      AAAA

¿Por qué dejó de trabajar? \_\_\_\_\_

L. ¿Alguna vez solicitó Ingresos por Discapacidad de Seguridad Social (SSDI) o Ingreso Complementario de Seguridad (SSI)?      Sí      No

Si la respuesta es “Sí”, ¿en qué fecha presentó la solicitud más reciente?  
MM/      DD/      AAAA

Su reclamo de Seguridad Social está:

Aprobado      Rechazado      Aún pendiente

¿Cuál fue la fecha de la decisión más reciente?

MM/      DD/      AAAA

Si apeló, ¿en qué fecha presentó la apelación?

MM/      DD/      AAAA

En el caso de que su reclamo de Seguridad Social haya sido rechazado, ¿está experimentando condiciones nuevas o que empeoran

    Sí      No      Si la respuesta a la pregunta es “Sí”, proporcione una breve descripción de la(s) condición(es) nueva(s) o peor(es) en la **Sección 8 - Comentarios.**

Si ya ha recibido SSDI o SSI y ya no lo recibe, ¿por qué se interrumpió su beneficio?

---

**Incluya copias de todas las cartas y avisos de la Administración de Seguridad Social (SSA) sobre su solicitud de discapacidad.**

## Sección 3 - Información sobre su trabajo

A. Enumere los trabajos (hasta cinco), incluido un trabajo protegido\*, que haya realizado en los 15 años anteriores a la fecha en que ya no pudo trabajar debido a sus condiciones físicas, mentales, emocionales o de aprendizaje. Enumere su trabajo más reciente primero. \*El trabajo protegido proviene de un empleador que emplea a personas con discapacidades, separadas de los demás.

No se aplica si no trabajó en absoluto durante los 15 años anteriores a su incapacidad. No responda a la Sección 3 y pase a la Sección 4.

Posición de trabajo <i>(Ver ejemplo)</i>	Tipo de empresa	Fechas trabajadas <i>(Mes/año)</i> Desde Hasta		Horas por día	Días a la semana	Tasa de remuneración <i>(Por hora, día, semana, mes o año)</i>	
<i>Ejemplo: Cocinar</i>	<i>Restaurante</i>	<i>9/99</i>	<i>10/02</i>	<i>8</i>	<i>5</i>	<i>\$7.00</i>	<i>Hora</i>

B. ¿En qué trabajo se desempeñó por más tiempo? \_\_\_\_\_

C. Describa el trabajo. ¿Qué hacía durante el día? Si necesita más espacio, escriba en la Sección 8 Comentarios.

---



---



---

### Sección 3 (continuación)

D. En dicho trabajo:

¿Utilizaba máquinas, herramientas o equipos Si No

¿Utilizaba conocimientos o habilidades técnicas? Si No

¿Redactaba, completaba informes u otras tareas similares? Si No

E. En dicho trabajo, ¿Durante cuántas horas en **total** por día tuvo que realizar cada una de las siguientes actividades? Caminar \_\_\_\_

Pararse \_\_\_\_ Sentarse \_\_\_\_ Subirse \_\_\_\_

Arrodillarse (doblar las piernas para descansar sobre las rodillas) \_\_\_\_

Manipular, agarrar o tomar objetos grandes \_\_\_\_

Alcanzar objetos por encima de la cabeza \_\_\_\_

Agacharse (doblar las piernas y la espalda, hacia abajo y hacia adelante) \_\_\_\_

Arrastrarse (moverse con las manos y las rodillas) \_\_\_\_

Manipular objetos pequeños, escribir a máquina \_\_\_\_

Agacharse (inclinarse hacia abajo y hacia adelante a la altura de la cintura) \_\_\_\_

F. Levantar y transportar: Explique qué levantaba, qué tan lejos lo transportaba y con qué frecuencia.

---

---

G. Marque el peso levantado más pesado: Menos de 10 libras  
10 libras 20 libras 50 libras 100 libras o más

H. Marque el peso que levantaba con frecuencia: (Con frecuencia significa: de  $\frac{1}{3}$  a  $\frac{2}{3}$  de la jornada laboral.) Menos de 10 libras 10 libras  
20 libras 50 libras 100 libras o más



### Sección 3 (continuación)

- I. ¿Supervisaba a otras personas en dicho trabajo?      Sí      No  
Si la respuesta es “No”, pase a la Sección 4; si la respuesta es “Sí”, complete lo siguiente.  
¿A cuántas personas supervisaba? \_\_\_\_\_  
¿Contrataba y despedía empleados?      Sí      No  
¿Qué parte de su tiempo pasó supervisando a las personas? \_\_\_\_\_ Horas
- J. Seleccione si existen limitaciones en alguna de las áreas siguientes; de lo contrario, marque:      Sin limitaciones
- Respirar      Ver      Escuchar      Hablar      Concentrarse  
Dormir      Comer      Comunicarse      Comprender  
Cuidar de sí mismo      Realizar tareas manuales  
Hacer frente a los cambios en el entorno de trabajo rutinario  
Responder adecuadamente a la supervisión      Colegas de trabajo  
Situaciones laborales  
Otras funciones corporales importantes
- 

### Sección 4 - Información sobre sus registros médicos

- A. ¿Fue atendido por un médico, hospital, clínica o cualquier otra persona por las condiciones físicas, emocionales, mentales o de discapacidad del aprendizaje que limitan su capacidad para trabajar?  
    Sí      No      Si respondió “No” a esta pregunta, vaya a la Sección 5.
- B. Enumere otros nombres que haya utilizado en sus registros médicos, incluidos los de soltera, casada o sobrenombres.
-

## Sección 4 (continuación)

**Déjenos saber quién puede tener registros médicos u otra información sobre sus condiciones de discapacidad.**

**C. Enumere cada médico, clínica, terapeuta y profesional médico que haya consultado. Utilice una hoja adicional si es necesario. Incluya la fecha en que consultó al proveedor médico por última vez y la fecha de su próxima consulta, si corresponde.**

1. Nombre			Identificación del paciente (si se conoce)
Dirección			
Ciudad			Fecha de la primera consulta
Estado	Código postal	Teléfono	Fecha de la última consulta
			Próxima consulta (si la hubiera)
Motivo(s) de las consultas. ¿Qué condiciones de discapacidad se trataron o evaluaron?			
¿Qué tratamiento recibió?			

## Sección 4 (continuación)

2. Nombre			Identificación del paciente (si se conoce)
Dirección			
Ciudad			Fecha de la primera consulta
Estado	Código postal	Teléfono	Fecha de la última consulta
			Próxima consulta (si la hubiera)
Motivo(s) de las consultas. ¿Qué condiciones de discapacidad se trataron o evaluaron?			
¿Qué tratamiento recibió?			

## Sección 4 (continuación)

3. Nombre			Identificación del paciente (si se conoce)
Dirección			
Ciudad			Fecha de la primera consulta
Estado	Código postal	Teléfono	Fecha de la última consulta
			Próxima consulta (si la hubiera)
Motivo(s) de las consultas. ¿Qué condiciones de discapacidad se trataron o evaluaron?			
¿Qué tratamiento recibió?			

**Si necesita más espacio, utilice los Comentarios de la Sección 8.**

## Sección 4 (continuación)

D. Enumere cada hospital y otras instituciones de atención médica que haya consultado (incluidas las consultas a la sala de emergencias, si ocurrieron), a menos que se enumeren en la Sección 4, Pregunta C. Escriba primero la fecha más reciente e incluya el tipo de consulta.

1. Nombre de la institución		Teléfono	
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
<b>Tipo de consulta</b>			
Hospitalización (permaneció al menos una noche)			
Fecha de entrada		Fecha de salida	
Consulta ambulatoria (volvió a casa el mismo día)			
Fecha de la primera consulta			
Fecha de la última consulta			
Consulta a la sala de emergencias (si ocurrió) Fecha(s)			



## Sección 5 - Información sobre sus exámenes médicos

¿Ha realizado algún examen médico relacionado a sus condiciones de discapacidad? **Sí** (Si respondió “Sí”, complete la información a continuación). **No** (si la respuesta es “No”, vaya a la Sección 6.)

Tipo de examen	¿Fecha del examen? (Mes/día/año)	¿Dónde realizó el examen? (Nombre de la institución)	¿Quién solicitó el examen?
ECG (examen cardíaco)			
Cateterización cardíaca			
Cinta de correr (prueba de esfuerzo)			
Biopsia: Nombre de la parte del cuerpo _____			
Examen de audición			
Examen de visión			
Examen de inteligencia			
Examen de habla/ lenguaje			
EEG (examen de ondas cerebrales)			
Examen de HIV			
Análisis de sangre (no HIV)			
Examen de respiración			

## Sección 5 (continuación)

¿Ha realizado algún examen médico relacionado a sus condiciones de discapacidad? **Sí** (Si respondió “Sí”, complete la información a continuación). **No** (si la respuesta es “No”, vaya a la Sección 6.)

Tipo de examen	¿Fecha del examen? (Mes/día/año)	¿Dónde realizó el examen? (Nombre de la institución)	¿Quién solicitó el examen?
Radiografía: Parte del cuerpo _____			
Resonancia magnética/Tomografía computada: Parte del cuerpo _____			
Otros: Nombre del examen y qué parte del cuerpo _____			

**Si le han hecho otros exámenes, indíquelos en la Sección 8 - Comentarios.**



## Sección 6: Información sobre medicamentos

¿Toma actualmente medicamentos relacionados a sus condiciones de discapacidad? Incluya medicamentos sin receta o de venta libre.

Sí No Si la respuesta es “Sí”, proporcione la información a continuación, disponible en el frasco de su medicamento:

Nombre del medicamento	Nombre y teléfono del médico (si fue recetado)	Motivo de la medicación	Efectos secundarios experimentados

## Sección 7 - Información sobre educación y capacitación

A. Marque el grado escolar más alto alcanzado y la fecha aproximada de finalización. Demasiado joven      Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Escuela primaria:      Universidad:  
Pre-K K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED 1 2 3 4 Grados avanzados

B. ¿Asistió a clases de educación especial o completó algún tipo de capacitación laboral especializada, escuela vocacional?      Sí      No  
Si la respuesta es “Sí”, complete la siguiente información:

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

Fecha en que asistió \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Tipo de programa \_\_\_\_\_

En caso de escuelas adicionales, enumere en la **Sección 8 - Comentarios**.

**Si está solicitando para un niño(a), complete las preguntas C-G. Si no es así, pase a la Sección 8. Si el niño(a) participa en un Programa de educación individualizado y/o un Plan de servicio familiar individualizado, incluya esos documentos.**

C. ¿El niño(a) asiste a una guardería/preescolar?      Sí      No      Si la respuesta es “Sí”, complete lo siguiente:

Nombre de la guardería/preescolar/cuidador \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

Fechas en que asistió \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Nombre del maestro/cuidador \_\_\_\_\_

## Sección 7 (continuación)

Si está solicitando para un niño(a), complete las preguntas C-G.

D Indique el nombre de la escuela a la que asiste actualmente el niño(a) y las fechas en las que asistió. Si el niño(a) ya no asiste a la escuela, indique el nombre de la última escuela a la que asistió y las fechas correspondientes.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

Fechas en que asistió \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Nombre del maestro \_\_\_\_\_

E Si el niño no está matriculado en la escuela, indique el motivo

\_\_\_\_\_

F. E numere los nombres de todas las **demás** escuelas a las que asistió en los últimos 12 meses y fechas.

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

(Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

Fechas en que asistió \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Nombre del maestro \_\_\_\_\_

Si existen escuelas adicionales, **enumere en la Sección 8 Comentarios.**

G. ¿El niño(a) fue examinado por problemas de comportamiento o de aprendizaje?    Sí    No

Tipo de examen \_\_\_\_\_ Fecha del examen \_\_\_\_\_

Tipo de examen \_\_\_\_\_ Fecha del examen \_\_\_\_\_

¿El niño(a) recibe educación especial?    Sí    No Si la respuesta es “Sí” y es diferente al anterior, nombre del maestro de educación especial

\_\_\_\_\_

¿El niño(a) realiza terapia del habla/lenguaje?    Sí    No Si la respuesta es “Sí” y es diferente al anterior, nombre del terapeuta del habla/lenguaje

\_\_\_\_\_



## ESTA SOLICITUD DEBE ESTAR FIRMADA

Al firmar esta solicitud, declaro que todo es verdadero a mi leal saber y entender. Entiendo que estoy otorgando al Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica de Colorado y sus instancias designadas la autoridad para: hacer los contactos necesarios para verificar cualquier declaración realizada en esta solicitud y para solicitar todos los registros/información necesaria para determinar la elegibilidad por discapacidad médica. Entiendo que esta solicitud no garantiza ningún beneficio del programa en mi nombre.


**Firma del solicitante** o persona que presenta la solicitud en nombre del solicitante (**padres/tutor**)




**Fecha** (Mes, día, año)

Si no puede firmar esta solicitud y tiene representantes legales (por ejemplo, poder legal médico (POA)/poder médico delegado/tutor legal, Custodia, Conservador o POA General, en caso que el POA General tenga poderes para actuar ante el seguro) para firmar en su nombre, también debe adjuntar copias de la documentación que los establece como sus apoderados legales, médico/poder médico/tutela legal, junto con esta solicitud.

Se requieren testigos **SÓLO** si esta declaración ha sido firmada con una marca (X) arriba. Si fue firmada mediante una marca (X), dos personas que conozcan al solicitante que hace la declaración deben presenciar su firma y deben firmar debajo ellos mismos, incluyendo sus direcciones.

 **Firma del Testigo**

 **Firma del Testigo**

**Dirección** (Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

**Dirección** (Número, Calle, Apto. Nro./Unidad [si corresponde], Caja de Correos o Ruta Rural, Ciudad, Estado, Código Postal)

**Si desea o necesita que alguien le ayude con su Solicitud de Determinación de Discapacidad, complete este formulario.**

Tiene derecho a ser asistido en el proceso de solicitud por la persona que elija.

Yo: \_\_\_\_\_, (escriba su nombre en letras de imprenta) designo a la siguiente persona para que me ayude a completar la Solicitud de Determinación de Discapacidad, incluyendo compartir mi información médica protegida que ayudará a establecer la elegibilidad para la cobertura de atención médica. Este formulario no designa a una persona como mi Representante Personal.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que ayuda con la solicitud

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante mencionado

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la persona que ayuda con la solicitud

**FINALIDAD O NECESIDAD DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:** Esta autorización es solo para ayudar al solicitante a completar la Solicitud de Determinación de Discapacidad y no se aplica a ningún otro propósito de divulgación de información médica. La información proporcionada en la Solicitud de Determinación de Discapacidad se compartirá con el proveedor de Determinación de Discapacidad con el fin de determinar la elegibilidad por discapacidad para la cobertura de atención médica. La determinación final se compartirá con el solicitante o su representante legal en la dirección proporcionada en la Solicitud de Determinación de Discapacidad.

**VENCIMIENTO DE LA AUTORIZACIÓN:** Esta autorización vencerá un año después de la fecha de la firma a continuación o se puede designar un período de autorización más corto a seguir \_\_\_\_\_. También se puede revocar esta autorización en cualquier momento comunicándose con el trabajador de elegibilidad de su condado por escrito.

**Si desea o necesita que alguien le ayude con su Solicitud de Determinación de Discapacidad, complete este formulario.(continuación)**

Entiendo que al firmar este formulario, la persona que me ayudó con esta solicitud puede ser contactada por el proveedor de Determinación de Discapacidad o el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica de Colorado.

Certifico que esta solicitud se ha realizado de forma voluntaria y que la información proporcionada es exacta de acuerdo a mi mejor saber y entender.

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante:  \_\_\_\_\_

Firma de los padres, tutor legal, poder legal o equivalente:  
 \_\_\_\_\_

Los padres o tutores legales pueden firmar en nombre del menor. El tutor legal, poder notarial o equivalente puede firmar en nombre de un adulto - **se requiere documentación.**

# Formulario de divulgación de registros

## CUYOS registros se divulgarán

<b>NOMBRE</b> (Primer Nombre, Segundo, Apellido, Sufijo)	<b>Fecha de nacimiento</b> (MM/DD/AAAA)
<b>Número de Seguridad Social</b> Marque aquí si no es elegible para recibir un SSN o se niega a obtenerlo debido a una objeción religiosa establecida.	

### Autorización para divulgar información a Arbor E & T, LLC, dba Action Review Group (ARG)

**\*\* Lea el formulario completo, ambas páginas, antes de firmar \*\***

**Autorizoy solicito voluntariamente la divulgación (incluido el intercambio en papel, oral y electrónico):**

**QUÉ Todos mis registros médicos; también registros educativos y otras informaciones relacionadas con mi capacidad para realizar tareas. Esto incluye el permiso específico para publicar:**

**1. Todos los registros y otras informaciones sobre mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria sobre mi(s) impedimento(s) incluyendo, entre otras instancias:**

- Discapacidades psicológicas, psiquiátricas u otras discapacidades mentales (excluye las “notas de psicoterapia” como se define en 45 CFR 164.501)
- Abuso de drogas, alcoholismo u otro tipo de abuso de sustancias
- Anemia falciforme
- Registros que puedan indicar la presencia de una enfermedad transmisible o no transmisible y exámenes
- Registros de HIV/AIDS
- Deficiencias relacionadas a la condición genética (incluidos los resultados de las exámenes genéticos)



2. Información sobre cómo mi(s) impedimento(s) afecta mi capacidad para completar tareas y actividades de la vida diaria y mi capacidad para trabajar.
3. Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluidos Programas Educativos Individualizados, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y del habla y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar la función; también las observaciones y evaluaciones provenientes de profesores.
4. Información creada dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de la firma de esta autorización, así como información pasada.

### DE QUIÉN

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.), incluida la salud mental, correccionales, tratamiento de adicciones e instituciones de atención médica de VA
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, administradores de registros, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Examinadores consultores utilizados por ARG
- Empleadores, compañías de seguros, programas de compensación del trabajador
- Otros que puedan conocer mi condición (familia, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

**ESTE CUADRO DEBE SER COMPLETADO POR ARG (según sea necesario).** Información adicional para identificar al sujeto (por ejemplo, otros nombres utilizados), la fuente específica o el material que se divulgará:

**PARA QUIÉN** El contratista estatal autorizado para procesar mi caso, incluidos los servicios de copia por contrato y médicos u otros profesionales consultados durante el proceso. (También, para reclamos internacionales, al Puesto del Servicio Exterior del Departamento de Estado Americano.)

**PROPÓSITO** Determinar mi elegibilidad para los beneficios, incluida la observación del efecto combinado de cualquier impedimento que por sí solo no cumpliría con la definición de discapacidad de la SSA; y si puedo o no administrar esos beneficios.

Determinar si soy capaz de administrar los beneficios **SOLAMENTE** (marque solo si esto aplica)

**EXPIRA CUÁNDO** Esta autorización es válida por 12 meses a partir de la fecha de su firma (debajo de mi firma).

- Autorizo el uso de una copia (incluida una copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita anteriormente.
- Entiendo que existen algunas circunstancias en las que esta información puede volver a divulgarse a otros interesados y dejar de estar protegida.
- Puedo escribir a ARG y a mis fuentes para revocar esta autorización en cualquier momento (consultar la página 28 para obtener más detalles).
- ARG me dará una copia de este formulario si se la solicita; puedo pedirle a la fuente que me permita inspeccionar u obtener la copia del material que se divulgará.
- He leído ambas páginas de este formulario y estoy de acuerdo con las divulgaciones anteriores de los tipos de fuentes enumeradas.

**FIRMAR USANDO SÓLO TINTA AZUL O NEGRA**

**Divulgación de autorización INDIVIDUAL**



Si no está firmado por el sujeto de la divulgación, especifique los fundamentos de autoridad para firmar Padre/Madre o Tutor del menor Otro representante personal (explique a continuación)

Padre/Madre/Tutor/Representante personal **FIRMAR** aquí si dos firmas son requeridas por la ley estatal.



Fecha de la firma	Dirección		
Número de teléfono (con código de área)	Ciudad	Estado	Código Postal
Conozco a la persona que firma este formulario y estoy satisfecho con la identidad de esta persona. <b>FIRMA DEL TESTIGO</b> 	Número de teléfono (o dirección)		
El segundo testigo puede firmar aquí (por ej Si está firmado con una "X" arriba) <b>FIRMAR</b> 	Número de teléfono (o dirección)		

Esta autorización general y especial de divulgación, se desarrolló para cumplir con las disposiciones relativas a la divulgación de información médica, educativa y de otro tipo según P.L. 104-191 ("HIPAA"); partes 160 y 164 de CFR 45; Sección del Código Americano 290dd-2 42; parte 2 de CFR 42; Sección del Código Americano 7332 38; 38 CFR 1.475; Sección del Código Americano 1232g ("FERPA") 20; partes 99 y 300 de CFR 34 y Ley del Estado.

## Explicación de este formulario

### “Autorización para divulgar información a ARBOR E & T, LLC dba ACTION REVIEW GROUP (ARG)”

Necesitamos su autorización por escrito para ayudar a obtener la información necesaria para procesar sus reclamos y para determinar su capacidad de administrar los beneficios. Las leyes y regulaciones requieren que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de entregarla. Además, las leyes requieren una autorización específica para la divulgación de información sobre ciertas afecciones y fuentes educativas.

Se puede proporcionar autorización firmando este formulario. La ley federal permite que las fuentes con información sobre su persona la divulguen si firma una única autorización para divulgarla, proveniente de todas las fuentes posibles. Se realizarán copias de la misma para cada fuente. Una entidad cubierta (es decir, una fuente de información médica sobre su persona) no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad a los beneficios, ya sea que firme o no este formulario de autorización. Algunos estados, y algunas fuentes individuales de información, requieren que la autorización nombre específicamente la fuente a la que se autoriza a divulgar su información personal. En esos casos, podemos pedirle que firme una autorización para cada fuente y es posible que nos comuniquemos con usted nuevamente si necesitamos que firme más autorizaciones.

Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una fuente de información ya se haya basado en ella para tomar una decisión. Para revocarla, envíe una declaración por escrito a Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG). Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes, comunicando que ya no desea revelar información sobre su persona; Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG) puede informarle si identificamos alguna fuente no informada. Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG) puede usar la información divulgada antes de la revocación para decidir acerca de su reclamo.

Es política de Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG) brindar servicio a personas con dominio limitado del inglés, en su idioma nativo, o modalidad de comunicación preferida, de acuerdo con la Orden Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y con la Ley de Educación de Discapacidades. Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG) hace todos los esfuerzos razonables necesarios para garantizar que la información contenida en Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG) se le proporcione en su idioma nativo o preferido.

**Declaración de la Ley de Privacidad - Recopilación y Uso de Información Personal** - Secciones 205(a), 233(d)(5)(A), 1614(a) (3) (H) (i), 1631(d)(l) y 1631(e)(l)(A) de la Ley de Seguridad Social corregida, [42 U.S.C. 405(a), 433(d) (5)(A), 1382c(a) (3)(H)(i), 1383(d)(l) y 1383(e)(l) (A)] autorizan a reunir esta información. Usaremos la información que se nos proporciona, para ayudarnos a determinar su elegibilidad o la continuación de su elegibilidad para recibir beneficios y su capacidad para administrar cualquier beneficio recibido. La información que proporciona es voluntaria. Sin embargo, el hecho de no proporcionar la información solicitada puede impedirnos tomar una decisión precisa y oportuna sobre sus reclamos y ello podría producir el rechazo o pérdida de beneficios.

Difícilmente usamos la información que proporciona en este formulario para cualquier otro propósito que no sea por los motivos explicados anteriormente. Sin embargo, podremos usarla para la administración y la integridad de los programas de Seguridad Social. También podremos divulgar información a otra persona u otra agencia de acuerdo con los usos de rutina aprobados, que incluyen, entre otras, las siguientes opciones:

1. Permitir que un tercero o una agencia nos ayude a establecer derechos a los beneficios y/o cobertura de Seguridad Social;
2. Cumplir con las leyes federales que exigen la divulgación de información de nuestros registros (p. Ej., Auditorias de Seguridad Social/Revisiones, Apelaciones)
3. Realizar determinaciones médicas de discapacidad basadas en los registros médicos disponibles.

También podremos utilizar la información que se proporciona en los programas de computadoras correspondientes. Los programas de comparación comparan nuestros registros con los registros mantenidos por otras agencias gubernamentales federales, estatales o locales. Usamos la información de dichos programas para establecer o verificar el estado actual de discapacidad de una persona ante esas agencias. Una lista completa de los usos rutinarios de la información que se nos proporciona está disponible a pedido comunicándose con Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG).

Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG) es un asociado y es contratado por el Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica (HCPF) del Estado de Colorado, para realizar servicios de revisión de registros médicos para determinar el nivel y la gravedad de la discapacidad de acuerdo con los criterios y reglas establecidos por la Administración de Seguridad Social. Sus registros están disponibles para la revisión y auditoría de HCPF. Las leyes, reglas y regulaciones establecidas en el documento también se aplican a HCPF. Arbor E & T, LLC dba Action Review Group (ARG) NO proporciona ni establece la elegibilidad para ningún programa o beneficio de Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado) o Medicare.

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites** - esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según se corrigen en la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. Estimamos que le llevará unos 10 minutos leer las instrucciones, reunir los hechos y responder las preguntas.

**ENVÍE O LLEVE EL FORMULARIO COMPLETO A ARBOR E & T, LLC dba ACTION REVIEW GROUP (ARG), P.O. BOX 340, OLYPHANT, PA 18447 o ENVÍE ESTE FORMULARIO POR FAX AL ARG AL 1.877.672.2077.**

**Puede llamar a ARG al 1.877.265.1864 y e-mail**

**[actionreviewgroupmrt@arboret.com](mailto:actionreviewgroupmrt@arboret.com)**

## Ayuda en su idioma

<b>Cash Assistance:</b> {contactCA}	
<b>Connect for Health Colorado:</b> {contactC4}	
<b>Food Assistance:</b> {contactFA}	<b>These are dynamic based on program</b>
<b>Health First Colorado:</b> {contactMA}	

<b>Español</b>	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
<b>Tiếng Việt</b>	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
<b>繁體中文</b>	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。
<b>한국어</b>	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.
<b>Русский</b>	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.
<b>አማርኛ</b>	ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል።
<b>العربية</b>	ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.
<b>Deutsch</b>	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
<b>Français</b>	ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.
<b>नेपाली</b>	ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवारत नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ ।
<b>Tagalog</b>	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
<b>日本語</b>	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。
<b>Oroomiffa</b>	XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama.
<b>فارسی</b>	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
<b>Polski</b>	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.