



# Autorización para la divulgación de información del organismo de asesoramiento sobre las opciones

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del usuario: \_\_\_\_\_

Dirección del usuario \_\_\_\_\_

Organismo de asesoramiento sobre las opciones: \_\_\_\_\_

Yo, quien suscribe, autorizo por este medio al organismo de asesoramiento sobre las opciones a divulgar u obtener información oral, electrónica o escrita relativa a la persona mencionada anteriormente con los siguientes proveedores de servicios y organismos, con el fin de hacer remisiones para servicios y coordinación para apoyar la transición a la comunidad.

Proveedor	Nombre	Información de contacto (teléfono o correo electrónico)	Objetivo	Información a obtener	Información a divulgar
Centro de enfermería					
Organismo de coordinación para la transición					
Organismo de coordinación para la transición					
Organismo de coordinación para la transición					

Nuestra misión es mejorar el acceso a la atención médica y los resultados de las personas a las que les brindamos servicios, a la vez que demostramos una buena administración de los recursos financieros.



Organismo de administración de casos					
Organismo de administración de casos					
Organismo de administración de casos					

1. Entiendo que el organismo de asesoramiento sobre las opciones no puede garantizar que el destinatario no divulgue mi información médica a un tercero. Es posible que el destinatario no esté sujeto a las leyes federales que rigen la privacidad de la información médica. También entiendo que puedo revisar la información divulgada. El organismo de asesoramiento sobre las opciones no divulgará información a ningún tercero sin autorización por escrito a menos que así se ordene en una citación u orden judicial.
2. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negación a firmar no afectará mi posibilidad de obtener servicios para la transición a la comunidad.
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero que la revocación no tendrá efecto sobre cualquier medida tomada por el organismo de asesoramiento sobre las opciones en virtud de esta autorización antes de recibir la notificación por escrito. Entiendo, además, que debo presentar cualquier notificación de revocación por escrito al organismo de asesoramiento sobre las opciones.
4. Además de lo que se considere, me gustaría que mi asesor sobre las opciones obtenga información sobre los siguiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esta divulgación estará vigente por un año a partir de esta fecha de firma o puede poner una fecha distinta: \_\_\_\_\_

Firma del usuario o representante legal \_\_\_\_\_  
Firma (y relación si no es el usuario)
Fecha

Nuestra misión es mejorar el acceso a la atención médica y los resultados de las personas a las que les brindamos servicios, a la vez que demostramos una buena administración de los recursos financieros.

