

Administración de casos específicos - Coordinación de la transición (TCM-TC)
Autorización para divulgar información

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento del afiliado: _____

Dirección del afiliado: _____

Organismo de coordinación de la transición (TCA): _____

Coordinador de la transición: _____

Yo, quien suscribe, autorizo por este medio al TCA a divulgar u obtener información oral, electrónica o escrita con respecto a la persona mencionada anteriormente con los siguientes proveedores de servicios y organismos para la evaluación de necesidades comunitarias, planificación, coordinación y desarrollo de recursos comunitarios y vivienda.

Proveedor	Nombre	Información de contacto (teléfono o correo electrónico)	Objetivo	Información a obtener	Información a divulgar
Centro de enfermería					
Organismo de administración de casos					
Defensor (Defensor del pueblo, Disability Law CO, etc.)					
Familiar					
Otro					

1. Entiendo que el TCA no puede garantizar que el destinatario no divulgue mi información de salud a un tercero. Es posible que el destinatario no esté sujeto a las leyes federales que rigen la privacidad de la información de salud. También entiendo que puedo revisar la información divulgada. El TCA 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 coordinación para la transición (TC).
3. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero que la revocación no tendrá ningún efecto sobre cualquier medida tomada por el TCA conforme a esta autorización antes de recibir la notificación por escrito. Entiendo, además, que debo presentar cualquier notificación de revocación por escrito al TCA.
4. Además de lo que se considere, me gustaría que mi coordinador de la transición obtenga información sobre lo siguiente:

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

Firma del afiliado o tutor legal

Firma (y relación si no es el afiliado) *Fecha*