



Department of Health & Environment

**TITULAR de los registros a divulgar:**

Nombre		Segundo nombre		Apellido	
NOMBRE					
NRO. DE S.S.			Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		
<b>USO EXCLUSIVO DE KDHE: TITULAR NÚMERO (Si es distinto al de arriba)</b>					
NOMBRE					
NRO. DE S.S.					

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN A**

Los Servicios de Determinación de Discapacidades (DDS) del Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas

**\*\* LEA TODA LA FORMA ANTES DE FIRMAR ABAJO \*\***

**Voluntariamente autorizo y solicito divulgación de (incluso intercambio en papel, oral y electrónico):**  
**Todos mis registros médicos; además registros de educación y demás información relacionada con mi capacidad para realizar tareas. Esto incluye el permiso específico para divulgar:**

- Todos los registros y demás información sobre mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria para mi(s) problema(s) **lo que incluye, pero no queda limitado a:**
  - Trastorno o trastornos psicológicos, psiquiátricos u otros problemas mentales (excluye "notas de la psicoterapia" según lo definido en CFR 164.501)
  - Drogadependencia, alcoholismo o abuso de otras sustancias
  - Anemia de células falciformes
    - Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (incluso el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o pruebas para detectar VIH) o enfermedades de transmisión sexual
  - Impedimentos relacionados con los genes (incluso resultados de pruebas genéticas)
- Información sobre cómo mi(s) problema(s) afecta(n) mi capacidad para completar tareas y actividades de la vida cotidiana y afecta(n) mi capacidad para trabajar.
- Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluso Programas de Educación Individualizada, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y del habla, y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar una función; también observaciones y evaluaciones de maestros.
- Información creada en los 12 meses posteriores a la fecha de firma de esta autorización, además de información pasada.

**DE QUIÉN(ES)**

**KDHE COMPLETARÁ ESTE CUADRO (según corresponda)** Información adicional para identificar al sujeto (por ej. otros nombres utilizados), la fuente específica o el material a ser divulgado:

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluso instalaciones de salud mental, correccionales, de tratamiento de adicciones y atención de veteranos
- Todas las fuentes educativas (escuelas, maestros, registros, administradores, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales o consejeros de rehabilitación
- Examinadores de asesoramiento utilizados por KDHE
- Empleadores
- Otros que puedan tener conocimiento de mi situación (familiares, vecinos, amistades, funcionarios públicos)

**PARA QUIÉN(ES)** La agencia estatal autorizada a procesar mi caso (Servicios de Determinación de Discapacidades), incluso servicios de copia contratados y médicos o profesionales consultados durante el proceso.

**OBJETIVO**

Determinar mi elegibilidad para obtener beneficios, incluso observar el efecto combinado de algunos problemas que por sí mismos no satisfarían la definición de incapacidad.

**VENCIMIENTO**

Esta autorización es válida por 12 meses desde la fecha en que se firma (debajo mi firma).

- Autorizo a usar una copia (incluso copia electrónica) de esta forma para la divulgación de la información descrita más arriba.
- Entiendo que habrá algunas circunstancias en las que esta información pueda ser divulgada nuevamente a terceros.
- Puede escribir al KDHE y a mis fuentes para revocar esta autorización en cualquier momento.
- KDHE me entregará una copia de esta forma si la solicito; puedo solicitar a la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material a ser divulgado.
- **He leído esta forma y acepto las divulgaciones anteriores de los tipos de fuentes enumerados.**

**INDIVIDUO que autoriza la divulgación:**

**Si no está firmado por el sujeto de la divulgación, especifique el fundamento de la potestad para firmar**

Padre/madre de un menor      Tutor legal      Otro representante personal (explicar)

**FIRMAR**

(Padre/madre/tutor legal firman aquí si la ley estatal requiere de dos firmas)

Fecha en que se firma:

Dirección detallada

Número de teléfono (con prefijo)

Ciudad

Estado

C.P.

**TESTIGO (SOLO obligatorio si el solicitante firmó con una "X")**

**Conozco a la persona que firma esta forma o estoy convencido de la identidad de esta persona:**

**FIRMAR**

Número de teléfono (o dirección)

Número de teléfono (o dirección)

*Esta autorización general y especial para divulgación fue desarrollada para cumplir con las disposiciones sobre la divulgación de información médica, educativa y otra información bajo: P.L.104-191 ("HIPAA"); 45 CFR partes 160 y 164; 42 Código de EE.UU. sección 290dd-2; 42 CFR parte 2; 38 Cód. de EE.UU. sección 7332; 38 CFR 1.475; 20 Cód. de EE.UU. sección 1232g ("FERPA"); 34 CFR partes 99 y 300; y ley estatal.*