



## Paquete del equipo de revisión médica para determinar incapacidades

### Instrucciones:

El Paquete del equipo de revisión médica (MRT) es para solicitantes con discapacidades que tienen menos de 65 años de edad y no reciben Incapacidad del Seguro Social o SSI.

El proceso de solicitud podría demorar menos si llena estos 4 formularios. No es necesario que se presenten con la solicitud.

- 1. Antecedentes de discapacidades:** Describa su discapacidad a detalle para que sepamos qué registros o pruebas se necesitan (páginas 2 y 3).
- 2. Antecedentes laborales:** Indique dónde ha trabajado durante los últimos 10 años para que sepamos si ha tenido un empleo significativo y bien remunerado (páginas 4 y 5).
- 3. Antecedentes de los proveedores:** Indique los médicos, hospitales y otros proveedores que han tratado su discapacidad en los últimos 5 años para que podamos conseguir sus registros más rápidamente (páginas 6 y 7).
- 4. Autorización para divulgar información médica:** Otórguenos su autorización para conseguir sus expedientes de salud de parte de su médico y otros proveedores (páginas 8 y 9).

¿Necesita ayuda con su solicitud? Llámenos al 855-373-4636. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés e indique el idioma que prefiere al representante del servicio al cliente. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 800-735-2966.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.



**ANTECEDENTES DE DISCAPACIDADES**

NOMBRE	DCN	FECHA
--------	-----	-------

Información pertinente y observaciones del equipo de la FSD:

1. Información personal: Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

2. Último grado académico terminado: \_\_\_\_\_ GED  Sí  No

3a. ¿Qué síntomas o problemas físicos padece?

3b. ¿Qué síntomas o problemas de salud mental padece?

¿Sufre ataques de llanto o depresión a causa de su discapacidad?  Sí  No ¿Con qué frecuencia?

3c. ¿Sus síntomas de salud mental se deben a sus circunstancias actuales (ej., familia, trabajo, salud)?  Sí  No

4. ¿Cuándo comenzaron esos síntomas o problemas? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuándo le impidieron trabajar por primera vez dichos síntomas?

6. ¿Cómo limita sus actividades diarias esa discapacidad? Mencione aquéllo que **no puede** realizar:

¿Qué es capaz de realizar?

¿Usted requiere cuidados?  Sí  No

Si los requiere, ¿quién se los ofrece? (Marque uno)  Enfermera  Familiar  Vecino  Amigo  Otro:

7. ¿Ha acudido al médico o buscado tratamiento médico para sus síntomas?  Sí  No

Médico \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Tratamiento recibido \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

8. ¿Le han dado un diagnóstico específico para su problema?  Sí  No ¿Cuál es el diagnóstico? \_\_\_\_\_

9. ¿Ha acudido a Rehabilitación Vocacional (VR)?  Sí  No (Si la respuesta es "Sí", pida a VR informes y toda prueba médica que exija VR). ¿Cuál es la situación de su canalización a Rehabilitación Vocacional?

10. Marque si ha solicitado alguna opción:  Seguro Social  SSI  VA  
 ¿Fue examinado por un médico en dicha solicitud?  Sí  No (Si respondió 'Sí', consiga los informes médicos de la SSA)  
 ¿Cuál es la situación de su solicitud? \_\_\_\_\_

11. ¿Su problema requirió terapia física?  Sí  No (Consiga información o informes médicos)  
 Si la requirió, ¿dónde y cuándo la recibió? \_\_\_\_\_  
 Describa la terapia: \_\_\_\_\_

12. Describa los dolores que esos problemas le ocasionan. (Si recibió atención especializada para el dolor, consiga los expedientes médicos).

13. Mencione los medicamentos que toma, si requieren o no receta, los efectos secundarios y la frecuencia con que los toma:

14. ¿Quién le recetó sus medicamentos? (Consiga información del médico)

15. Indique si ha recibido tratamiento de los siguientes o lo han canalizado con ellos:

	SÍ	NO	CANALIZACIÓN	TRATAMIENTO
Ortopedista . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internista . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurólogo . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiólogo . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicólogo o psiquiatra . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro especialista . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Ha sido hospitalizado debido a su discapacidad o enfermedad?  Sí  No  
 Si respondió 'Sí', ¿dónde? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo? ¿En qué fechas? \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico que lo internó: \_\_\_\_\_

La información médica **debe ser vigente** (de los últimos 12 meses). Debe incluir información sobre cada una de las afecciones del solicitante. Si no es vigente o no está completa, agende una revisión.

INFORMACIÓN Y COMENTARIOS ADICIONALES	
ÍTEM NO.	



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI  
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA  
**ANTECEDENTES LABORALES (ÚLTIMOS 10 AÑOS)**

NOMBRE DEL INDIVIDUO (NOMBRE(S), APELLIDOS)		DCN DEL INDIVIDUO	FECHA DE NACIMIENTO
<b>Instrucciones:</b> Por favor, nombre a todos los empleadores o patrones para los que ha trabajado en los últimos diez (10) años, comenzando por el más reciente. Si tuvo más empleadores, continúe en una hoja aparte y anéxela a este formulario.			
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

NOMBRE DEL INDIVIDUO (NOMBRE(S), APELLIDOS)		DCN DEL INDIVIDUO	FECHA DE NACIMIENTO
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EMPLEADOR O PATRÓN		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA DEL EMPLEADOR (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
DATOS DEL EMPLEO: INICIO (MES, AÑO)		TÉRMINO (MES, AÑO)	SUELDO MENSUAL BRUTO \$
DESCRIPCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES Y EL TRABAJO			
RAZÓN POR LA QUE DEJÓ EL TRABAJO		¿FUE A TRAVÉS DE UN TALLER PROTEGIDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISSOURI  
DIVISIÓN DE APOYO A LA FAMILIA  
**ANTECEDENTES DE PROVEEDORES**

NOMBRE DEL INDIVIDUO (NOMBRE(S), APELLIDOS)		DCN DEL INDIVIDUO	FECHA DE NACIMIENTO
<b>Instrucciones:</b> Nombre todos los hospitales, centros médicos y médicos que le han prestado atención o servicios en los últimos cinco (5) años. Si es necesario, use una hoja aparte y anéxela a este formulario.			
<b>Si no necesitó ningún servicio en los últimos 5 años, marque aquí:</b> <input type="checkbox"/> NINGUNO			
¿CUENTA CON UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA?			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió 'Sí', nombre a su médico de atención primaria aquí:			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DURACIÓN	
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DURACIÓN	
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DURACIÓN	
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DURACIÓN	
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DURACIÓN	
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			

NOMBRE DEL INDIVIDUO (NOMBRE(S), APELLIDOS)		DCN DEL INDIVIDUO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		DURACIÓN
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		DURACIÓN
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		DURACIÓN
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		DURACIÓN
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			
NOMBRES DE LOS MÉDICOS Y EL CENTRO MÉDICO		NÚMERO TELEFÓNICO	
DIRECCIÓN COMPLETA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			
RAZONES POR LAS QUE ACUDIÓ A CONSULTA		DIAGNÓSTICO	
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		DURACIÓN
FECHA DE LA SIGUIENTE CONSULTA			



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA O DE SALUD DEL USUARIO**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo y solicito que  
(NOMBRE DEL USUARIO, PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL)

**(marque todo lo que corresponda)**

- Departamento de Salud Mental (DMH)  Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores (DHSS)
- Departamento de Servicios Sociales (DSS)  Departamento de Educación Primaria Y Secundaria (DESE)
- cualquier plan de salud, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro médico u otro proveedor de atención médica que me hayan brindado pagos, tratamientos o servicios o los hayan brindado a mi nombre.
- otro \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL CENTRO, LA AGENCIA, EL CENTRO DE SALUD MENTAL, LA PERSONA)

**revele o divulgue la información que se especifica a continuación:**

NOMBRE	DCN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
--------	-----	---------------------	--------------------------

QUE RECIBIÓ SERVICIOS EN LAS FECHAS

**a: (marque todo lo que corresponda)**

- Departamento de Salud Mental (DMH)  Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores (DHSS)
  - Departamento de Servicios Sociales (DSS)  Departamento de Educación Primaria Y Secundaria (DESE)
  - otro \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DEL CENTRO, LA AGENCIA, EL CENTRO DE SALUD MENTAL, LA PERSONA)
- \_\_\_\_\_  
(DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

**EL OBJETIVO DE DIVULGAR INFORMACIÓN ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

- Determinar elegibilidad  Evaluación  Tratamiento posthospitalario
- Internamiento  Canalización o tratamiento  Planificación de tratamiento
- Continuidad de atención o servicios  Audiencia de libertad condicional o incondicional  Solicitud del usuario
- Compartir o transferir mi información a otras agencias del estado de Missouri (como DMH, DHSS, DSS, DESE, DOC, MVC, etc.) para obtener los servicios correspondientes al programa \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del programa en el que desea participar).
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- Realizar una evaluación médica general, una evaluación psicológica, una evaluación ortopédica o una evaluación \_\_\_\_\_ y, en caso correspondiente, llenar el IM-60A anexo. La revisión puede incluir pruebas que están indicadas para los malestares del paciente y son necesarias para tomar una decisión sobre su empleabilidad. La revisión está programada para el \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_. La División de Apoyo a la Familia pagará los cargos usuales del médico, pero sin exceder nuestro esquema de reembolso a profesionales. Si, en su opinión, para que usted llene este informe médico se debe hospitalizar al paciente, se debe otorgar una autorización previa por escrito del Equipo de Revisión Médica Estatal antes de que la División de Apoyo a la Familia realice el pago.

**LA INFORMACIÓN ESPECÍFICA QUE SE DIVULGARÁ ES (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)**

- Informe de alta  Notas sobre la evolución  Plan o revisión de tratamientos
- Evaluación del Servicio Social  Evaluación académica, IEP, expediente académico o boletas protegidos por 34 CFR Part 99
- Evaluaciones médicas o psiquiátricas y, en caso correspondiente, llenar la sección de certificación del IM-60A anexo.
- Análisis psicométricos, incluidos resultados de coeficiente intelectual (IQ), pruebas neurológicas y resultados de otras pruebas del desarrollo.
- Otro \_\_\_\_\_
- Datos hospitalarios: antecedentes y datos físicos, resumen de alta, exámenes consultivos, informes de laboratorio, quirúrgicos, de patologías, de radiología (incluidas resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), registros de cardiología y de urgencias.

- 1. LEA DETENIDAMENTE:** Comprendo que mis registros de información médica y de salud son confidenciales. Comprendo que al firmar esta autorización apruebo que se divulgue mi información médica o de salud, la existente o la que se acumule en el futuro, hasta la fecha de vigencia o revocación de esta autorización, a menos que se indique lo contrario. La información protegida de salud (PHI) en mi expediente médico incluye información de salud mental y conductual. Además, puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades y afecciones transmisibles o ambientales.
- Esta autorización incluye tanto información existente como información que se recopile durante el transcurso del tratamiento en la institución o la agencia encargada de pagar los servicios, mencionadas previamente, durante el plazo especificado.
- Esta autorización tendrá vigencia a partir de la fecha al calce y vencerá después de un año de dicha fecha, a menos que se indique algo distinto.
- Comprendo que tengo derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo **POR ESCRITO** y presentar mi revocación por escrito al departamento de gestión de información de salud (expedientes médicos) o al centro de información al cliente de esta institución. Además comprendo que las acciones que ya se habían llevado a cabo con base en esta autorización, antes de la revocación, **NO** se verán alteradas.
- Comprendo que tengo derecho de recibir una copia de esta autorización. **Una copia fotostática de esta autorización tiene la misma validez que el documento original.**
- Comprendo que es voluntario autorizar que se divulgue esta información médica o de salud. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es necesario firmar este formulario para garantizar tratamientos. Comprendo que puedo solicitar que se investigue qué información será usada o divulgada o solicitar una copia de dicha información, según lo dispuesto en 45 CFR Sección 164.524. Comprendo que al divulgar información siempre existe la posibilidad de que la misma se divulgue subsecuentemente sin autorización y es probable que la información en cuestión no esté protegida por las normas federales de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de mi información médica o de salud puedo comunicarme con el director de gestión de información de salud (director de expedientes médicos), el centro de información al usuario, la persona designada o el responsable de privacidad de esta entidad.

**MI FIRMA A CONTINUACIÓN EXPRESA QUE HE LEÍDO Y COMPRENDO LA INFORMACIÓN Y AUTORIZO QUE SE DIVULGUE MI PHI.**

FIRMA DEL USUARIO	FECHA
TESTIGO	FECHA
FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGALES	

(Incluya una Descripción de autoridad para actuar en nombre del usuario y anexe una copia del Documento de concesión de autoridad, en caso correspondiente)

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS CONTRA ABUSO DE SUSTANCIAS**

Los registros de información sobre alcoholismo y drogadicción están protegidos específicamente por reglamentos federales (42 CFR Parte 2) y al firmar en la siguiente casilla, autorizo que se divulguen registros de información sobre alcoholismo o drogadicción (si los hubiese) a la agencia o la persona indicadas en este formulario. Se prohíbe que haga una divulgación subsecuente: Los reglamentos federales (42 CFR Parte 2) prohíben que el receptor de los registros de tratamiento contra abuso de sustancias vuelva a divulgar los mismos sin la autorización expresa y por escrito de la persona a quien pertenecen, o según se indique en dichos reglamentos. Para este propósito **NO** es suficiente una autorización general para divulgar información médica o de otro tipo. Firme a continuación **si desea autorizar** que se divulgue **información sobre alcoholismo y drogadicción.**

FIRMA DEL USUARIO	FECHA
-------------------	-------

**AVISO DE REVOCACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, (cliente) por este medio revoco mi autorización para divulgar información a la agencia o la persona mencionadas anteriormente. Esta revocación anula cualquier permiso para divulgar la información proporcionada específicamente en virtud de la autorización anterior. Comprendo que toda acción realizada con base en esta autorización, previa a la revocación, no se verá alterada.

FIRMA DEL USUARIO	FECHA
TESTIGO	FECHA
FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGALES	FECHA

Si decide revocar su autorización, proporcione una copia de la revocación con sus datos al director de gestión de información de salud (director de expedientes médicos), al centro de información al usuario o al responsable de privacidad de esta institución.