

## DDS Autorización para revelar información al Iowa Department of Health and Human Services

**\*\* Por favor lea todo el formulario antes de firmar en la página 2 \*\***

### **Los registros de quién se revelarán:**

Nombre (nombre, apellido)	
# SS	Cumpleaños (mm-dd-aa)
Padre/guardián	

### **Esta casilla debe llenarla Disability Determination Services (según la necesidad):**

Información adicional para identificar a la persona (otros nombres), la fuente específica, o el material a divulgar:
--

Voluntariamente autorizo y solicito la divulgación (incluyendo intercambio de papel, oral y electrónico):

**De qué:** Todos mis registros médicos; también registros educativos y otra información relacionada con mi capacidad para realizar tareas. Esto incluye permiso específico para divulgar:

1. Todos los registros y demás información sobre mi tratamiento, hospitalización y atención externa para mis problemas, incluyendo, pero sin limitarse a:
  - Problemas psicológicos, psiquiátricos u otros (excluyendo “notas de psicoterapia” como las define 45 CFR 164.501).
  - Abuso de drogas, alcoholismo u otras sustancias.
  - Anemia falciforme.
  - Registros que puedan indicar la presencia de enfermedades contagiosas o venéreas que puede incluir, sin limitarse a enfermedades como hepatitis, sífilis, gonorrea y el virus de inmunodeficiencia humana, también conocido como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y pruebas de HIV.
  - Problemas genéticos (incluyendo resultados de pruebas genéticas).
2. Información sobre cómo mis problemas afectan mi capacidad para realizar tareas y actividades diarias y cómo afectan mi capacidad de trabajo.
3. Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluyendo programas educativos individualizados, valoraciones trienales, evaluaciones psicológicas y de lenguaje y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar la función; también observaciones y evaluaciones de los maestros.
4. La información creada dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que esta información sea firmada, así como información pasada.

### **De quién:**

- Todas las Fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.) incluyendo instituciones de salud mental, correccionales, de tratamientos de adicción y centros de atención VA
- Todas las Fuentes educativas (escuelas, maestros, registradores, asesores, etc.)

- Trabajadores sociales y consejeros de rehabilitación
- Consultores examinadores usados por la Disability Determination Services Bureau
- Empleadores
- Otros que puedan conocer mi condición (familia, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

**A quién:** El Department of Health and Human Services (HHS) y a Disability Determination Services (DDS) autorizados para procesar mi caso, incluyendo servicios de copia de contrato y doctores u otros profesionales consultados durante el proceso.

**Propósito:** Determinar mi elegibilidad para beneficios, incluyendo mirar el efecto combinado de cualquier problema que por sí solos no cumplirían con la definición de incapacidad de la Social Security Administration.

**Expira cuándo:** Esta autorización es válida por 12 meses desde la fecha de su firma (bajo mi firma).

- Autorizo el uso de una copia (incluyendo copia electrónica) de este formulario para la divulgación de la información descrita arriba.
- Entiendo que hay algunas circunstancias en que esta información pueda ser divulgada nuevamente a otras partes (ver página 3 para los detalles).
- Puedo escribir al HHS y a mis fuentes para revocar esta autorización en cualquier momento llenando el formulario 470-3949, *Request to End an Authorization*.
- El HHS me dará una copia de este formulario. Puedo pedir a la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que será divulgado.
- He leído este formulario y estoy de acuerdo con la divulgación anterior por las fuentes listadas.

**Por favor firme usando únicamente tinta negra o azul.**

Firma de quien autoriza la divulgación
--

Si no es firmado por el sujeto de divulgación, especifique las bases de su autoridad para firmar: <input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro representante personal (explicar):
--

Firma Padre/guardián/representante personal adicional (no se requiere a menos que lo pida una orden judicial)
---

Fecha de firma:	Dirección postal
-----------------	------------------

Número telefónico con (código de área):	Ciudad	Estado	Cód. Postal:
---	--------	--------	--------------

Firma de testigo (conozco a la persona que firma este formulario o estoy satisfecho con la identidad de esta persona):
--

Números de teléfono (o dirección)
-----------------------------------

Firma de Segundo testigo si se requiere (ej: si se firmó con X arriba)
--

Números de teléfono (o dirección)
-----------------------------------

Esta autorización general y especial para divulgar se desarrolló para cumplir con lo previsto para la divulgación de información médica, educativa y otra información bajo P.L. 104-191 (HIPAA); 45 CFR partes 160 y 164; 42 U.S. Code section 290dd-2; 42 CFR part 2; 38 U.S. Code section 7332; 38 CFR 1.475; 20 U.S. Code section 1232g (FERPA); 34 CFR parts 99 y 300; y las leyes estatales.

## **Explicación del formulario 470-4459**

### **DDS Autorización para revelar información al Iowa Department of Health and Human Services**

Necesitamos su autorización escrita para obtener la información requerida para procesar su reclamación. Las leyes y normas nos exigen que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de revelárnosla. La ley también exige autorización específica para divulgar información y sobre ciertas condiciones y de fuentes educativas.

Usted puede proveer esta información firmando el formulario 470-4459. Las leyes federales permiten que fuentes de información sobre usted divulguen información si usted firma una única autorización para divulgar toda su información de todas sus posibles fuentes. Haremos copia de ella para cada fuente. Una entidad cubierta (es decir, una fuente de información médica sobre usted) no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios a la firma de esta autorización. Algunos pocos estados y algunas fuentes individuales de información exigen que la autorización nombre específicamente a las fuentes que usted autoriza a divulgar información personal. En esos casos, podemos pedirle que firme una autorización para cada fuente y podemos contactarle nuevamente si necesitamos que firme más.

Tiene derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, excepto hasta que una fuente de información ya se haya basado en ella para tomar una acción. Para revocarla, envíe una declaración escrita a su oficina local del Department of Health and Human Services (Departamento de Servicios Humanos – HHS). Si lo hace, también envíe una copia directamente a cualquiera de sus fuentes que ya no desee que divulgue información sobre usted. El HHS podrá informarle si hemos identificado alguna fuente sobre la que no nos informó. El HHS puede usar la información divulgada antes de la revocatoria para decidir sobre su reclamación.

Es política del HHS brindar servicio a la gente con dominio limitado de inglés en su lengua nativa o en la forma de comunicación preferida consistente con la Orden Ejecutiva 13166 (11 de agosto de 2000) y con la Individuals with Disabilities Education Act. El HHS hace todos los esfuerzos razonables para asegurar que la información del formulario 470-4459 se le brinde en su idioma nativo o preferido.

### **Información importante, incluyendo el aviso exigido por la Privacy Act**

Toda la información recolectada por el HHS y por Disability Determination Services (DDS) está protegida por la Privacy Act de 1974. Una vez revelada la información al HHS o a DDS ya no está protegida por las provisiones de privacidad de la información de salud de 45 CFR part 164 (ordenada por Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).) La SSA retiene información personal en estricto cumplimiento con los cronogramas de retención establecidos y mantenidos junto con National Archives y Records Administration. Al final del ciclo de vida útil de un registro, es destruido de acuerdo con las provisiones de privacidad, según se especifica en 36 CFR part 1228.

El HHS está autorizado para recolectar información en el formulario 470-4599 por las secciones 205(a), 223(d)(5)(A), 1614(a)(3)(H)(i), 1631(d)(1), y 1631(e)(1)(A) de la Social Security Act. Utilizamos la información obtenida en este formulario para determinar su elegibilidad o elegibilidad continuada para beneficios y su capacidad para manejar cualquier beneficio recibido. Este uso usualmente incluye revisión de la información del DDS procesando su caso y gente de control de calidad del HHS. En algunos casos, su información también puede ser revisada por personal del HHS que procesa su apelación a una decisión, o por investigadores para resolver acusaciones de fraude o abuso y puede ser usada en cualquier proceso administrativo, civil o penal.

La firma del formulario es voluntaria, pero no firmarlo o revocarlo antes que recibamos la información necesaria podría evitar una decisión acertada u oportuna sobre su reclamación y podría resultar en negación o pérdida de beneficios. Aunque la información que obtenemos con este formulario casi nunca se usa para ningún propósito diferente de los mencionados, la información puede ser

divulgada por el HHS o DDS sin su consentimiento si lo autorizan las leyes federales como la Privacy Act y la Social Security Act. Por ejemplo, el HHS o DDS pueden revelar información:

- Para ayudar al HHS o DDS a establecer derechos a beneficios y cobertura de la seguridad social.
- De acuerdo con la ley que autorice revelar información de los registros del HHS.
- Para investigación estadística y actividades de auditoría necesarias para asegurar la integridad y mejora del HHS.

El HHS no divulgará nuevamente sin previo consentimiento escrito información:

- Relacionada con abuso de alcohol o drogas cubierta en 42 CFR parte 2, o
- De registros educativos de un menor bajo 34 CFR parte 99 (Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA), o
- Relacionada con la salud mental, incapacidad de desarrollo, SIDA o VIH.

También usamos la información que nos brinde cuando cruzamos registros por computador. Los programas de cruce comparan nuestros registros con otras agencias federales, estatales o locales. Muchas agencias usan los programas de cruce para probar o hallar que una persona califica para beneficios pagados por el gobierno federal. La ley nos autoriza a hacer esto aún si no está de acuerdo.

Explicaciones sobre posibles razones por las cuales la información que usted nos da pueda ser usada están disponibles solicitándolas en cualquier oficina del HHS.