

Estado de Massachusetts
Departamento de Servicios de Desarrollo
Autorización Limitada del DDS para Servicios de Visión

SECCIÓN I. Información Personal:

Nombre de la Persona: _____ Otro(s) Nombre(s): _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

_____ Fecha de Nacimiento: _____

- Por la presente autorizo al Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts (DDS) a divulgar la siguiente información sobre la persona antes mencionada al Centro de Visión del Centro de Salud de Holyoke: Elegibilidad del DDS, Elegibilidad de la Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB), Elegibilidad de la Cuenta de Cuota Federal de la Imprenta Americana para Ciegos (APH), y estatus de los Servicios de Orientación y Movilidad (O&M) a través del Proyecto de Asociación de MCB/DDS. Es útil que el proveedor de atención oftalmológica reciba esta información antes de la fecha del examen.

SECCIÓN II. Receptor(es) autorizado(s). Doy mi permiso al proveedor, agencia, entidad o persona indicada a continuación para que comparta/reciba la información señalada en la Sección I con/del Departamento de Servicios de Desarrollo.:

Centro de Visión del Centro de Salud Holyoke - Atención Oftalmológica para Discapacitados
267 High Street
Holyoke, MA 01040

SECCIÓN III. Propósito de la Divulgación. Indique el propósito de la utilización o divulgación de la información (por ejemplo, asistencia médica, legal, seguros, personal, etc.). - sea específico. Si no desea indicar un motivo, puede escribir simplemente "a petición mía", si ha sido usted quien ha iniciado la solicitud)

Obtener servicios relacionados con la visión y la atención oftalmológica.

Cualquier otro uso o divulgación de esta información está prohibido de acuerdo con los estatutos de Massachusetts y los reglamentos y políticas del Departamento.

SECCIÓN IV. Certificación. Se me ha informado sobre los beneficios y desventajas de divulgar la información antes mencionada y firmo voluntariamente la autorización. Entiendo que tengo derecho a revocar la autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla a la persona/centro/agencia que estaba autorizado(a) a divulgar la información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en respuesta a esta autorización.

Esta autorización expirará el _____ (fecha o evento - no debe exceder de un año). Entiendo que una vez divulgada la información anterior, el receptor puede volver a divulgarla y es posible que la información no esté protegida por las leyes o reglamentos federales o estatales sobre privacidad. Entiendo que la autorización del uso o divulgación de la información arriba identificada es voluntaria. Entiendo que no es necesario que firme este formulario para continuar recibiendo servicios de salud del DDS.

Firma de la Persona Objeto de la Información o Tutor

Fecha

Escriba el nombre en letra de imprenta (e identifique la autoridad legal si firma el Tutor u otro Representante Legal/Autorizado)

INSTRUCCIONES:

1. Este formulario debe completarse en su totalidad (excluyendo las Autorizaciones de Divulgación Especiales) para que se considere válido.
2. Asegúrese de que la fecha de expiración o el evento indicado en la página 2 sea práctico.
3. **Distribución de copias: Original al proveedor; copia a la persona o al representante personal; copia a la persona/centro/agencia solicitante**

