

SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN CENTRALIZADA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE
CONSENTIMIENTO PARA VERIFICAR CALIFICACIÓN PARA LOS SERVICIOS

Client 11-Character Code										

Yo, _____, por la presente autorizo a _____ para acceder al **Sistema de**
NOMBRE CLIENTEFECHA NACIMEINTO
AGENCIA

Administración de Información Centralizada para el Cuidado del Paciente (CPCDMS), para verificar mi inscripción en cualquier agencia que esté vinculada en el CPCDMS mantenido por los Servicios Públicos de Salud del Condado de Harris – Servicios VIH.

El propósito de este intercambio es verificar mi idoneidad para los servicios que cuentan con los fondos de Ryan White I, entregados por esta agencia y está limitado a la siguiente información:

- la fecha de mi registro y estado vigente
- el nombre de la agencia quien mantenga me expediente
- la fecha de terminación de mi elegibilidad
- mi condición de VIH/SIDA
- mi condado de residencia y código postal
- mi calificación financiera
- la información de mi comprobante de autobús (si aplicable)
- la información de mi tarjeta de gasolina (si aplicable)

Entiendo que mis registros están protegidos bajo las regulaciones federales de confidencialidad de Alcohol y Drogas de los Registros de Pacientes, 42CFR, parte 2, Sección 33 de Ley Pública 91-6161 enmendada por Ley Pública 93-282, Código de Salud & Seguridad de Texas, capítulo 81, Sección 81.050 y todas las leyes locales y estatales aplicables, reglas y regulaciones y no podrán ser revelados sin mi consentimiento escrito a no ser que sea estipulado en las regulaciones. Estoy autorizando esta revelación/intercambio por mi propia voluntad y por consentimiento informado. Dicho consentimiento podrá ser revocado por escrito en cualquier momento a menos que, de conformidad a dicha autorización, alguna acción legal haya sido tomada anteriormente.

Adicionalmente, comprendo que este consentimiento debe expirar y ser obtenido nuevamente en _____ o en dos años.
FECHA

Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el documento original.

FIRMA DEL CLIENTE O MARCA (SI ES MAYOR DE EDAD Y LEGALMENTE COMPETENTE)

FECHA

PARIENTE/GUARDIÁN/PODER LEGAL (CON COPIA ADJUNTA)

FECHA