**Elegibilidad, inscripción y servicios para miembros del Departamento de Salud
y Servicios Humanos de Carolina del Sur (SCDHHS)
Línea gratuita (888) 549-0820 (TTY 1-888-842-3620)**

Autorización para Divulgar Información de Salud

Solo para uso de la oficina: DEBE SER COMPLETADO POR SCDHHS

Nombre del Solicitante/Beneficiario	<i>(Primer)</i>	<i>(Segundo)</i>	<i>(Apellido)</i>
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	No. de hogar/ID de Solicitud	

**** POR FAVOR, LEA LAS DOS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO ANTES DE FIRMAR.****

Autorizo y solicito voluntariamente la divulgación (incluido el intercambio escrito, verbal y electrónico) de:

QUÉ: *Todos mis historiales médicos, educativos y demás información relacionada con mi capacidad para realizar tareas. Esto incluye el permiso específico para divulgar lo siguiente:*

- Todos los registros y demás información relativa a mi tratamiento, hospitalización y atención ambulatoria por mi(s) impedimento(s), incluidos, pero no limitados a:
 - Deficiencia(s) psicológica(s), psiquiátrica(s) u otra(s) deficiencia(s) mental(es) (excluye las «notas de psicoterapia» definidas en 45 CFR 164.501)
 - Abuso de drogas, alcoholismo u otras sustancias
 - Anemia de células falciformes
 - Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluido el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o pruebas de detección del VIH o de enfermedades de transmisión sexual.
 - Deficiencias genéticas, incluidos los resultados de pruebas genéticas
- Información sobre cómo mi(s) deficiencia(s) afecta(n) mi capacidad para realizar tareas y actividades de la vida diaria y afecta(n) mi capacidad para trabajar.
- Copias de pruebas o evaluaciones educativas, incluidos programas educativos individualizados, evaluaciones trienales, evaluaciones psicológicas y del habla, observaciones y evaluaciones de profesores y cualquier otro registro que pueda ayudar a evaluar la función.
- Información creada en los 12 meses siguientes a la fecha de firma de esta autorización, así como información anterior.

DE QUIÉN:

- Todas las fuentes médicas (hospitales, clínicas, laboratorios, médicos, psicólogos, etc.), incluidos los centros de salud mental, penitenciarios, de tratamiento de adicciones y de atención de salud para veteranos.
- Todas las fuentes educativas (escuelas, registros de profesores, administradores, consejeros, etc.)
- Trabajadores sociales/consejeros de rehabilitación
- Examinadores consultores
- Empleadores
- Otras personas que puedan conocer mi enfermedad (familia, vecinos, amigos, funcionarios públicos)

ESTA CASILLA DEBE SER COMPLETADA POR SCDHHS Y LAS AGENCIAS AUTORIZADAS POR SCDHHS PARA ASISTIR CON DISCAPACIDAD

PROCESAMIENTO DE DETERMINACIÓN (según sea necesario) para obtener información adicional para identificar el tema (por ejemplo, otros nombres utilizados), la fuente específica o el material que se utilizará.

PARA QUIÉN: La agencia autorizada por SCDHHS para procesar mi caso, incluidos servicios de copia de contratos, médicos u otros profesionales consultados durante el proceso de determinación de discapacidad.

PROPÓSITO: Acepto que se divulguen mis datos de salud para determinar si cumpla los criterios de discapacidad con el fin de establecer mi derecho a las prestaciones de Medicaid.

CADUCA CUANDO: Esta autorización es vinculante durante 12 meses a partir de la fecha firmada a continuación.

YO ENTIENDO QUE:

- Puedo escribir al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur para revocar esta autorización en cualquier momento.
- Hay algunas circunstancias en las que la información puede volver a revelarse a otras partes implicadas en la determinación de la elegibilidad para Medicaid.
- Puedo recibir una copia de este formulario si lo solicito.
- Puedo pedir a la fuente que me permita inspeccionar u obtener una copia del material que debe divulgarse.

Firma del Solicitante (Persona que Solicita las Prestaciones O Padre/Madre/Tutor si el Solicitante es Menor de 18 Años):	Relación con el Solicitante:
Firma del Representante Legal (si el Solicitante no Puede Firmar por Motivos de Salud):	Fecha:
Firma del menor (obligatoria si el solicitante tiene entre 12 y 18 años):	☐ Se adjunta la documentación del Poder Legal o del Tutor Legal si está firmada por un Representante Legal.
Testigo:	Testigo si firma con una "X":

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE CAROLINA DEL SUR (SCDHHS) Y AGENCIAS AUTORIZADAS POR EL SCDHHS PARA AYUDAR CON EL PROCESAMIENTO DE DETERMINACIÓN DE DISCAPACIDAD

Necesitamos su autorización por escrito para ayudar a obtener la información necesaria para procesar su solicitud de beneficios. Las leyes y regulaciones requieren que las fuentes de información personal tengan una autorización firmada antes de entregárnosla. Además, las leyes exigen una autorización específica para la divulgación de información sobre determinadas condiciones y de fuentes educativas.

Puede proporcionar esta autorización firmando el Formulario 921. La ley federal permite que las fuentes que tienen información sobre usted divulguen dicha información si usted firma una única autorización para divulgar toda su información de todas sus posibles fuentes. Haremos copias para cada fuente. Algunas fuentes de información requieren que la autorización nombre específicamente la fuente que usted autoriza a divulgar información personal. En esos casos, es posible que le pidamos que firme una autorización para cada fuente y es posible que nos comuniquemos con usted nuevamente si necesitamos que firme más autorizaciones.

Usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que una fuente de información ya haya confiado en ella para tomar una acción. Para revocar, envíe una declaración por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur, Inscripción y Servicios para Miembros, P.O. Box 8206, Columbia, S.C. 29202-8206. Si lo hace, envíe también una copia directamente a cualquiera de sus fuentes a las que ya no desea divulgar información sobre usted. SCDHHS puede informarle si identificamos alguna fuente que usted no nos informó. La información divulgada antes de la revocación podrá ser utilizada por SCDHHS para decidir su reclamo.

INFORMACIÓN IMPORTANTE, INCLUYENDO EL AVISO REQUERIDO POR LA LEY DE PRIVACIDAD

Toda la información personal recopilada por SCDHHS y las agencias autorizadas por SCDHHS para ayudar con el procesamiento de la determinación de discapacidad está protegida por la Ley de Privacidad de 1974. Una vez que la información médica se divulga al SCDHHS, ya no está protegida por las disposiciones de privacidad de la información de salud de 45 CFR parte 164 (exigida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)). SCDHHS retiene información personal en estricto apego a las regulaciones estatales 19-903, 19-933, 19-963 y 19-983.

Utilizamos la información obtenida con este formulario para determinar su elegibilidad para los beneficios. En algunos casos, su información también puede ser revisada por el personal y los contratistas del SCDHHS que procesan su apelación de una decisión y puede usarse en cualquier procedimiento administrativo, civil o penal relacionado.

Firmar este formulario es voluntario, pero no firmarlo o revocarlo antes de que recibamos la información necesaria podría impedir una decisión precisa u oportuna sobre su reclamo y podría resultar en la denegación o pérdida de beneficios.