

ISLAND TRANSIT ADA APLICACION DE CERTIFICACION DE ELIGIBILIDAD

Por favor llenar esta aplicación completamente como sea posible. Si hay alguna pregunta que no entienda llame a Island Transit al (409) 797-3909 para obtener ayuda antes de mandar la aplicación. Para que se le considere todas las preguntas deben ser contestadas.

Cada solicitante es responsable de incluir la verificación para servicio ADA de su médico o profesional de salud con el membrete o en hoja de receta.

INSTRUCCIONES PARA APLICAR AL SERVICIO DE ISLAND TRANSIT PARATRANSIT
Toda información es confidencial. Para aplicar usted debe:

1. Completar todas las secciones y preguntas en la solicitud.
2. Pida a su médico o profesional de salud completar y firmar la aplicación y la Certificación De Elegibilidad.
3. Pida a su médico o profesional de salud presentar una firma adicional en su / hoja de Membrete o hoja de receta verificando su aplicación de servicio y evitar la aplicación Fraudulenta.
4. Devuelva la solicitud complete con el certificado de elegibilidad a la dirección que aparece a continuación

***Enviar aplicaciones completas a:
Comisión de Transporte
C/o Island Transit
3115 Market Street
Galveston, Texas 77550***

***Si tiene alguna pregunta favor llamar Island Transit at (409) 797-3909
o por fax a (409) 877-1558.***

Island Transit le notificara dentro de 21 días después de recibir su aplicación completa. Island Transit se reserva el derecho de requerir información adicional. El personal de Island Transit hará la decisión final. Si la solicitud es negada, el solicitante tiene derecho de apelar por escrito a la dirección antes mencionada.

INFORMACION BASICA

Nombre					
Fecha de nacimiento					
Numero de teléfono	Trabajo				
	Casa				
Dirección	# APT				
	Ciudad		Estado		Código Postal

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre					
Relación					
Numero de Teléfono	Trabajo				
	Casa				
Dirección	# APT				
	Ciudad		Estado		Código Postal

INFORMACION SOBRE EL USO ACTUAL DE ISLAND TRANSIT

¿Utiliza actualmente el servicio de autobús Ruta-Fija?	Si	No
¿Cuándo fue la última vez que utilizó el servicio de Ruta- Fija de Island Transit?		
¿Dónde está la parada de autobús mas cercana a su residencia?		

CONSIDERACIONES DEL TIEMPO Y MEDIO AMBIENTE

Las siguientes preguntas tratan sobre los factores ambientales que afectan su capacidad de utilizar los servicios de Ruta-Fija o servicios de Paratransit.

¿El clima afecta su capacidad para usar el servicio de Ruta - Fija?	Siempre	A veces	Nunca	No se
Explique				
¿Cuántos pasos hay a la entrada de su casa?				
¿Usted puede caminar a nuestro vehículo de Paratransit sin ayuda de otra persona?			Si	No
Por favor describa como es el terreno cerca de su residencia.				
¿Hay aceras en su vecindario?			Si	No

INFORMACION ADICIONAL

Utilice este espacio para decirnos algo que le gustaría que supiéramos acerca de los problemas que pasa al usar la Ruta- Fija.

¿Usted requiere de asistencia para completar esta aplicación?					
¿En caso afirmativo, como él/ella te ayudo?					
Yo certifico que la información anterior es correcta.					
Firma del solicitante.					
Fecha					
Si usted está llenando esta solicitud para otra persona llene lo siguiente:					
Nombre					
Relación					
Numero de teléfono					
Dirección					
	Ciudad		Estado		Código Postal

PARTE II — Por favor conteste todas las siguientes preguntas con respecto a SU movilidad.

1. ¿Puede subir y bajar sin la ayuda de un autobús de Island Transit sin un elevador para sillas de ruedas?

Si _____ No _____ Si no, por favor explique: _____

2. ¿Puede subir y bajar sin ayuda de un autobús de Island Transit con un elevador para sillas de ruedas?

Si _____ No _____ Si no, por favor explique: _____

3. ¿Puedes viajar a la parada de autobús más cercana?

Si _____ No _____ Si no, por favor explique: _____

Locación: _____ Cual es la distancia?: _____

4. ¿Utiliza actualmente los servicios de Island Transit?

a. ¿Servicio de Ruta Fija? Si _____ No _____

Si es si, ¿qué número (s) de ruta? _____

b. ¿Servicios de transporte ADA de servicios de transporte (DART)? Si _____ No _____

5. ¿Eres capaz de manejar dinero y transferencias?

Si _____ No _____ Si no, favor explique: _____

6. ¿Eres capaz de usar barandas y manijas?

Si _____ No _____ Si no, favor explique: _____

7. ¿Puede mantener el equilibrio mientras está sentado en un autobús en movimiento?

Si _____ No _____

8. ¿Eres capaz de entender los horarios de los autobuses?

¿Entender y seguir instrucciones? Si _____ No _____

¿Procesar información para usar Island Transit? Si _____ No _____

9. Si puede usar un autobús equipado con un elevador, ¿actualmente no puede viajar porque:

_____ ¿El ascensor no se puede operar en las paradas de autobús donde necesita abordar?

_____ ¿Su silla de ruedas no se puede acomodar en un vehículo de tránsito?

_____ Otras razones. Por favor explique: _____

10. ¿Se le impide viajar hacia o desde un punto de embarque de la parada de autobús por una o más de las siguientes razones?

_____ Extrema sensibilidad a las condiciones climáticas.

_____ Sensibilidades alérgicas / ambientales.

_____ Hiperfatiga, fragilidad.

_____ Ceguera nocturna

_____ No poder cruzar intersecciones ocupadas

_____ No poder subir tres escalones de 10 pulgadas

_____ Parada del autobús está muy lejos

Por favor explique: _____

11. ¿Eres capaz de realizar las siguientes funciones sin supervisión?

a. ¿Encuentra tu camino entre lugares conocidos?

Si ___ No ___ si, con entrenamiento _____

b. ¿Puede indicarle al conductor del autobús que se baje en una parada familiar y se bajar del autobús?

Si _____ No _____ si, con entrenamiento _____

12. ¿Puede realizar las siguientes funciones sin la ayuda de otra persona? (Si/No)

_____ Viaja 300 pies (la longitud de una cuadra de la ciudad)

_____ Recorre 900 pies (la longitud de tres cuadras de la ciudad)

_____ ¿Cuál es la distancia máxima que puede recorrer para llegar a una parada de autobús?

13. Tiene la capacidad de llegar de un lugar a otro afectado por:

_____ Terreno

_____ Lluvia, nieve, hielo

_____ Temperaturas extremas de calor o clima muy frío, y ventoso

14. ¿Puedes esperar al aire libre durante 15 minutos?

Si ___ No ___ Algunas veces _____

Si no, favor explique: _____

15. ¿Tiene problemas para permanecer de pie durante más de 15 minutos?

Si _____ No _____

Si no, favor explique: _____

16. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando se siente bien?

Si _____ No _____

17. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando NO se siente bien?

Si _____ No _____

18. ¿Cómo describirías el terreno donde vives? (Pendiente o cuesta muy pronunciada, pendiente gradual) _____

19. ¿Eres capaz de cruzar la calle o una intersección concurrida por ti mismo?

Si _____ No _____

20. ¿Alguna vez has recibido entrenamiento de movilidad para rutas y destinos?

Si _____ No _____

21. Si entrenamiento sobre viajes estuviera disponible, ¿estarías interesado en participar?

Si _____ No _____

22. Enumera tres de tus destinos más frecuentes y cómo llegas allí.

Destino de frecuencia o dirección de viaje ¿Cómo llegas ahora?

¿Frecuencia	Destino o dirección de viaje	Cómo llegas ahora?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

23. ¿Hay lugares a los que le gustaría ir y como llega ahora?

¿Frecuencia	Destino o dirección de viaje	Cómo llegas ahora
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

24. ¿Cómo se enteró del servicio ADA PARATRANSIT de Transito de la Isla? (llamada telefónica, sitio web, proveedor médico, otro)

Información recopilada para solicitudes de subvenciones del gobierno federal

(1) La información solicitada a continuación es voluntaria, (2) la raza y la información étnica no afectarán la elegibilidad o el nivel de beneficios del solicitante, y (3) el motivo de la recopilación de la información es para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin Respecto a la raza, color u origen nacional. El individuo puede autoidentificar su estatus racial / étnico en la solicitud. La observación visual realizada por un representante del programa se utiliza para recopilar los datos cuando el individuo no se identifica a sí mismo. El solicitante puede negarse a responder la siguiente pregunta que se solicita con el propósito de las solicitudes de subsidios federales y no afectará la elegibilidad del solicitante para el servicio de paratransit ADA de Island Transit. Verifique la designación que refleje con mayor precisión su raza / etnia. Puede marcar más de uno o indicar que no desea proporcionar la información:

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información. |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Asiático | |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano | |

Para uso de oficina solamente			
Día Recibido		Día Aprobado	

Fecha de caducidad: _____

Uso exclusivo de la oficina:

Revisión del Comité elegido:

Revisado por: _____	Día: _____	Decisión: _____
Revisado por: _____	Día: _____	Decisión: _____
Revisado por: _____	Día: _____	Decisión: _____

Comentarios: _____

Estimado proveedor de atención médica:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y sus regulaciones federales implementadas establecieron categorías de personas elegibles para recibir servicios de para transporte complementarios a los servicios de autobuses de ruta fija. Las tres categorías de personas con derechos de paratransito son:

1. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden abordar, viajar y / o desembarcar de forma independiente de un vehículo accesible.
2. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden usar vehículos sin elevadores u otros alojamientos.
3. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden llegar a o desde un lugar de embarque o desembarque.

FAVOR, TENGA EN CUENTA: Toda persona debe ser certificada y elegible para ADA paratransit si hay alguna parte del sistema de tránsito que no puede ser utilizada o navegada por esa persona debido a una discapacidad Las personas no deben ser calificadas o descalificadas en base a un diagnóstico específico o discapacidad. La información solicitada a usted en las siguientes páginas permitirá a Island Transit obtener la información necesaria para establecer la elegibilidad del solicitante. Gracias por su asistencia.

PARTE V-Para ser completado por un proveedor de atención médica apropiado (Por favor, imprime o escribe)

Escoja uno por favor: _____ Médico _____ Proveedor de atención médica con licencia

Rehabilitación con Licencia/ Trabajador social con licencia _____

Nombre del aplicante _____
(Apellido, Nombre, Inicial)

Diagnóstico médico de la condición que causa su discapacidad: _____

¿Su condición es permanente?

Si _____ No _____ Si no, cual es duración esperada? _____

¿La discapacidad impide que el solicitante utilice los servicios de ruta fija (servicio regular de autobuses)? Si es así, por favor describa en detalle: _____

PARTE V - A completar por un proveedor de atención médica apropiado

La siguiente información se utilizará para garantizar que se envíe el vehículo adecuado para proporcionar transporte y que Island Transit pueda realizar un análisis preciso de la solicitud de viaje del solicitante.

¿El solicitante requiere alguna asistencia de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Bastón Silla eléctrica Tablero de comunicación Bastón blanco
 Silla eléctrica de peso pesado y tamaño grande Animal de servicio
 Andadera Scooter de potencia Suministro de oxígeno portátil Muletas
 Silla de ruedas manual Tirantes de la pierna Asistente de cuidado personal
 Tableta de imagen / alfabeto Otro:

Indique a continuación si se puede dejar solo al solicitante:

El solicitante puede ser dejado solo El solicitante No puede ser dejado solo

¿Puede el solicitante caminar o con silla eléctrica o moverse 900 pies (3 cuerdas) sin la ayuda de otra persona?

Si No

1. ¿Puede el solicitante subir tres peldaños de 10 pulgadas con ayuda?

Si No

2. ¿Puede el solicitante esperar afuera sin ayuda por 15 minutos?

Si No

3. ¿El paciente está en diálisis?

Si No

4. ¿El solicitante tiene una discapacidad auditiva?

SI No

5. ¿Puede el solicitante dar direcciones y números de teléfono si se solicita?

Si No

6. ¿Puede el solicitante reconocer un destino o punto de referencia?

Si No

7. ¿Puede el solicitante acomodarse con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?

Si ____ No ____

8. ¿Puede el solicitante pedir, entender y seguir instrucciones?

Si ____ No ____

9. ¿Puede el solicitante viajar de forma segura y efectiva solo a través de instalaciones llenas y / o complejas?

Si ____ No ____

**** Si el solicitante tiene una discapacidad visual:**

Agudeza visual con mejor corrección: Ojo derecho ____ Ojo izquierdo ____ ambos ojos ____

Campos visuales: Ojo derecho ____ Ojo izquierdo ____ ambos ojos ____

Describe cualquier otra discapacidad o efecto que impida al solicitante utilizar el servicio de autobús regular: _____

Parte V

Con base en mi conocimiento profesional del solicitante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de molde) / Número de teléfono de oficina

Dirección de la oficina (ciudad, estado, código postal)

Número de licencia del estado (Completar si corresponde - Debe ser actual)

Firma _____

Fecha _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad §181.154(d)
En efecto junio de 2013

Por favor lea todo este formulario antes de firmarlo y llene todas las secciones que aplican a sus decisiones relacionadas a la divulgación de información médica protegida. Entidades cubiertas según es definido el termino por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001 deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información medica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Medica y otras leyes aplicables.** No se les puede negar tratamiento a personas en base al hecho de que no han formado este formulario de autorización, y rehusar firmar este formulario no afectara el pago, inscripción o elegibilidad para beneficios.

NOMBRE DEL PACIENTE O DE LA PERSONA

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

OTRO NOMBRE(S) QUE USA _____

FECHA DE NACIMIENTO Mes _____ Día _____ Año _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO (_____) _____ TEL. ALTERNO (_____) _____

E-MAIL/CORREO ELECTRONICO (Opcional): _____

AUTORIZO A LOS SIGUENTES LA DIVULGACION DE LA INFORMACION PERSONAL MEDICA PROTEGIDA:

Persona/Organización Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. (_____) _____ Fax (_____) _____

¿QUIEN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACION MEDICA?

Persona/Organización Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Tel. (_____) _____ Fax (_____) _____

¿CUAL INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA?

Para llenar la siguiente sección, indique cuales artículos desea que sean divulgados. La firma de un paciente que es menor de edad se requiere para divulgar algunos de estos artículos. Si toda la información medica debe ser divulgada, marque solo la primera casilla.

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda información medica | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Ordenes del Doctor | <input type="checkbox"/> Alergias del paciente | <input type="checkbox"/> Reportes de operaciones | <input type="checkbox"/> Reportes de consultas |
| <input type="checkbox"/> Notas de progreso | <input type="checkbox"/> Resumen del alta medica | <input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas Diagnosticas | <input type="checkbox"/> Reportes de ECG/Cardioplegia |
| <input type="checkbox"/> Reportes de patología | <input type="checkbox"/> Información de facturas | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología e Imágenes | <input type="checkbox"/> Otro |

Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

Expedientes de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia)
Expediente de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias

Información Genética (incluyendo Resultados de Prueba Genética)
Resultados de Prueba/Tratamiento de VIH/SIDA

LAPSO DE TIEMPO EFECTIVO Esta autorización es válida hasta lo que ocurra primero: la muerte de la persona; la persona cumple mayoría de edad; o se retira el permiso; o en la siguiente fecha específica (opcional): Mes _____ Día _____ Año _____

DERECHO DE ANULAR: Comprendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento presentando un aviso escrito declarando mi intención de anular esta autorización a la persona u organización nombrada bajo "QUIEN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACION MEDICA". Comprendo que acciones hechas anteriormente en base a esta autorización por entidades que tenían permiso de acceder a mi información medica no serán afectadas.

FIRMA DE AUTORIZACION: He leído este formulario y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de la información según es descrita. Comprendo que rehusar firmar este formulario no detiene la divulgación de información medica que ha ocurrido antes de la anulación o que es permitida por ley sin mi autorización específica o permiso, incluyendo divulgaciones a entidades cubiertas según las disposiciones del Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(c) y/o 45 C.F.R. § 164.502(a)(1). Comprendo que la información divulgada en conformidad a esta autorización podría quedar sujeta a ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría ya no ser protegida por las leyes federales o estatales de privacidad.

FIRMA X _____
Firma de la Persona o del Representante Legalmente Autorizado de la Persona

FECHA _____

Nombre Impreso del Representante Legalmente Autorizado (si aplica):

Si es el representante, favor de precisar su relación con la persona: Padre del menor de edad Tutor Otro _____

Se requiere la firma de un menor de edad para la divulgación de ciertos tipos de información, incluyendo, por ejemplo, la divulgación de información relacionada a ciertos tipos de cuidado reproductivo, enfermedades transmitidas sexualmente, y abuso de drogas, alcohol o sustancias, y tratamiento mental (Vea, p.ej. C6digo Fam. de Texas § 32.003).

FIRMA X _____
Firma del Menor de Edad

FECHA _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Desarrollada para el Código de Texas de Salud y Seguridad §181.154(d)

El Procurador General de Texas ha adoptado una Autorización para Divulgar Información Médica Protegida estándar de acuerdo con el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.154(d). La intención del uso de este formulario es para cumplir con los requisitos de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y la Ley de Privacidad Médica de Texas (Código de Texas de Salud y Seguridad, Capítulo 181). **Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier formulario conforme a HIPAA, la Ley de Texas de Privacidad Médica y otras leyes aplicables.**

Entidades cubiertas según es definido el término por HIPAA y el Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.001, deben obtener una autorización firmada de la persona o su representante autorizado para divulgar electrónicamente la información médica protegida de dicha persona. La autorización no es requerida para divulgaciones relacionadas a tratamientos, pagos, operaciones de cuidado médico, la realización de ciertas funciones de seguro o según sea autorizado por la ley. (Código de Tex. De Salud y Seguridad §§ 181.154(b),(c), § 241.153; 45C.F.R. §§ 164.502(a)(1); 164.506, y 164.508).

La autorización proporcionada al usar el formulario significa que la organización, entidad o persona autorizada puede divulgar, comunicar o enviar la información médica protegida de la persona nombrada a la organización, entidad o persona identificada en el formulario, inclusive usando cualquier método electrónico.

Definiciones - En el formulario, el término "tratamiento", "operaciones de cuidado médico", "notas de psicoterapia", e "información médica protegida" son tal como hayan sido definidas en HIPAA (45 CFR 164.501). "Representante legalmente autorizado" como se usa en el formulario incluye a cualquier persona autorizada para actuar en nombre de otra persona. (Código Laboral de Tex. § 151.002(6); Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 166.164, 241.151; y Código de Texas de Sucesiones § 3(aa)).

Información Médica a ser Divulgada - Si "Toda Información Médica" es seleccionada para ser divulgada, la información médica incluye, pero no se limita a, todos los expedientes y otra información con respecto a antecedentes médicos, tratamiento, hospitalización, pruebas, y tratamiento ambulatorio, y también expedientes educacionales que pueden contener información médica. Tal como es indicado en el formulario, se requiere autorización específica para divulgar información sobre ciertas condiciones delicadas, inclusive:

- Expedientes de salud mental (excluyendo "notas de psicoterapia" según es definido por HIPAA en 45 CFR 164.501).
- Expedientes de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias.
- Expedientes o pruebas relacionadas al VIH/SIDA.
- Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas) (salvo si pueden ser prohibidas por 45 C.F.R. § 164.502).

Aviso de Divulgación de Archivos Médicos - No se requiere este formulario para la divulgación permitida de información médica personal protegida a la persona o al representante legal autorizado de la persona. (45 C.F.R. §§ 164.502(a)(1)(i), 164.524; Código de Texas de Salud y Seguridad § 181.102). Si con este formulario se está solicitando una copia del expediente médico de la persona, la ley estatal y federal permite tal acceso, salvo si tal acceso se determina es perjudicial para la salud física, mental o emocional de la persona por un doctor o proveedor de salud mental. (Código de Texas de Salud y Seguridad §§ 181.102, 611.0045(b); Código Laboral de Texas § 159.006(a); 45C.F.R. § 164.502(a)(1)). Si un proveedor de atención médica es nombrado específicamente en la sección "Quien Puede Recibir y Usar la Información Médica" de este formulario, entonces el permiso para recibir información médica protegida también incluye a doctores, otros proveedores de atención médica (tal como enfermeras y personal médico) involucrados en el tratamiento médico de la persona en la instalación de la entidad o en la oficina de dicha persona, y proveedores de atención médica que están cubriendo o disponibles para la persona u organización especificada, y personal o agentes (tal como socios u organizaciones de servicio) que realizan actividades y objetivos permitidos por ley para la entidad cubierta o persona especificada. Si se especifica a una entidad cubierta que no sea proveedor de atención médica, el permiso para recibir información médica protegida también incluye al personal de dicha entidad o agentes y subcontratistas que realizan actividades y objetivos permitidos por este formulario para esa entidad. Una persona puede tener derecho a limitar ciertas divulgaciones de información médica protegida relacionada a servicios pagados enteramente por la persona (45 C.F.R. § 164.522(a)(1)(vi)).

Autorizaciones para Propósitos de Ventas o Mercadeo - Si esta autorización se está haciendo con propósitos de ventas o mercadeo y la entidad cubierta recibe remuneración directa o indirecta de terceros en conexión con el uso o divulgación de la información de la persona para mercadeo, la autorización debe claramente indicar a la persona que tal remuneración existe. (Código de Texas de Salud y Seguridad §181.152, .153; 45 C.F.R. § 164.508(a)(3), (4)).

Limitaciones de este formulario - Este formulario de autorización no será utilizado para divulgar cualquier información médica en lo que se refiere a: (1) inscripción en plan de beneficios médicos y/o decisiones de inscripción relacionadas (45 C.F.R. § 164.508(b)(4) (ii), .508(c)(2)(ii)); (2) notas de psicoterapia (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(ii)); o para propósitos de investigaciones (45 C.F.R. § 164.508(b)(3)(i)). **El uso de este formulario no libera de responsabilidad a una entidad de cumplir con las leyes federales o estatales que aplican o reglamentos con respecto a acceder, usar o divulgar información médica u otra información personal confidencial (p.e., 42 CFR Parte 2, limitando el uso de información relacionada al abuso y tratamiento de drogas/alcohol), y no da derecho a una entidad o sus empleados, agentes o asignados a cualquier limitación de responsabilidad por actos u omisiones en relación al acceso, uso o divulgación de la información médica obtenida por medio del uso de este formulario.**

Costos - Algunas entidades cubiertas podrían cobrar una cuota de recuperación/trámite y por copias de expedientes médicos. (Código de Texas de Salud y Seguridad § 241.154).

Derecho a Recibir Copia - La persona y/o su representante legalmente autorizado tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.