

## **ISLAND TRANSIT ADA DIAL-A-RIDE (DART) 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 DIAL-A-RIDE**

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 DART a (409) 797-3909  
O por fax a (409) 797-3901.***

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 BACICA

<b>Nombre</b>					
<b>Fecha de nacimiento</b>					
<b>Numero de teléfono</b>	<b>Trabajo</b>				
	<b>Casa</b>				
<b>Dirección</b>					<b># APT</b>
	<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>

### CONTACTO DE EMERGENCIA

<b>Nombre</b>					
<b>Relación</b>					
<b>Numero de Teléfono</b>	<b>Trabajo</b>				
	<b>Casa</b>				
<b>Dirección</b>					<b># APT</b>
	<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>

### INFORMACION SOBRE EL USO ACTUAL DE ISLAND TRANSIT

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

## 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				
¿Cuantos 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.


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

**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, favor explicar: \_\_\_\_\_

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

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si no, favor explicar: \_\_\_\_\_

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

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si no, favor explicar: \_\_\_\_\_

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 explicar: \_\_\_\_\_

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 muy frías, clima ventoso.

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

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ algunas veces \_\_\_\_\_ Si no, favor explicar:

\_\_\_\_\_

**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)

Pendiente o cuesta muy pronunciada, pendiente o plana) \_\_\_\_\_

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, ¿estaría 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 DART de Island Transit? (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="radio"/> indio americano o de Alaska                 | <input type="radio"/> White    | <input type="radio"/> I do not wish to provide this information. |
| <input type="radio"/> Nativo                                      | <input type="radio"/> Asian    |  |
| <input type="radio"/> Native Hawaiian or another Pacific Islander | <input type="radio"/> Hispanic |  |
| <input type="radio"/> Black or African American                   |                                |  |

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: \_\_\_\_\_

**Dear Health Care Provider:**

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 paratransit 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 que la complete un proveedor de atención médica apropiado  
(Por favor, imprima o escriba)

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 cuadras) 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

# ISLAND TRANSIT/DEMAND RESPONSE DIAL-A-RIDE (DART)

## AUTORIZACION PARA PEDIR INFORMACION MÉDICA

***Esto le da permiso a Island Transit de preguntar y obtener información a su médico o profesional de salud sobre su incapacidad.***

Para que DART Paratransit pueda evaluar su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con su médico o profesional de salud para confirmar la información que usted ha proporcionado. Identificar el médico o profesional de salud que más pueda verificar su funcionamiento y habilidad para utilizar los servicios de transporte. Identificar otro médico o un funcionario oficial con la especialización adecuada para proporcionar más información sobre su condición.

El médico o profesional de salud que aparece en la aplicación está familiarizado con mi incapacidad y está autorizado a proporcionar información a Island Transit según sea necesario para completar esta aplicación. Favor completar la sección de abajo y hacer que su médico o profesional de salud complete la Aplicación de Certificación de Elegibilidad.

FAVOR MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES					
Consejero de Rehabilitación		Professional de Servicios Sociales		Consejero de Vida independiente	
Medico de terapia		Medico		Otro personal medico profesional	
Nombre del profesional de salud					
Numero de teléfono					
Dirección					
		Ciudad		Estado	
Firma del Aplicante					
Fecha					

# ISLAND TRANSIT/DEMAND RESPONSE DIAL-A-RIDE (DART)

## APLICACION PARA ELIGIBILIDAD DE SERVICIO

Querido Doctor o Profesional Certificado de Salud:

Estamos solicitando su ayuda para poder determinar si el solicitante es elegible para los servicios de Island Transit Dial-A-Ride (DART) Paratransit. DART es un servicio de puerta a puerta para las personas cuya incapacidad les impide utilizar el servicio local de autobús ruta-fija de Island Transit:

Debido a que el pasajero es:

No es posible sin la ayuda de otra persona, abordar viajar o bajarse en una parada de autobús de la ruta-fija de Island Transit. Esto incluye a personas que debido a su deterioro no pueden navegar el sistema.

Elegibilidad no es basada a seguridad o conveniencia.

Favor de su opinión profesional, porque el solicitante no puede usar la ruta-fija. Hemos proporcionado el espacio a continuación para que usted pueda describir en términos sencillos la incapacidad del solicitante y como la incapacidad le impide el uso de la ruta fija. Información detallada nos ayudara a tomar la mejor determinación.

Gracias

Island Transit

**IMPORTANTE:** Favor de firmar la aplicación a continuación y proporcione una firma adicional en su papel de membrete o en papel de receta para ayudarnos a evitar aplicaciones fraudulentas. La solicitud no puede ser procesada sin toda la información solicitada y la firma de ambos.

<b>Nombre del Paciente o Cliente</b>				
<b>Explique cómo la condición médica le impide el uso de la ruta-fija?</b>				
<b>Su incapacidad es:</b>	<b>Permanente</b>	<b>Temporal</b>	<b>Si es temporal, favor especifique cuantos meses.</b>	
<b>El solicitante usa cualquiera de los aparatos mencionados abajo para movilizarse?</b>				
<b>Silla de ruedas manual</b>	<b>Silla de ruedas eléctrica</b>	<b>Bastón</b>	<b>Animales de servicio</b>	<b>Otro (favor especifique)</b>
<b>Muletas</b>	<b>Scouter eléctrica</b>	<b>Andadera</b>	<b>Asistente de cuidado</b>	
<b>Nombre del</b>			<b>Numero de teléfono</b>	
<b>Firma del solicitante</b>			<b>Fecha</b>	



# 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 **leído** 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 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. Las entidades cubiertas pueden utilizar este formulario o cualquier otro formulario conforme a HIPAA, Ley de Privacidad de Expedientes Médicos en Texas y otras leyes aplicables. No se les puede negar tratamiento a personas en base al hecho de que no han firmado este formulario de autorización, y rehusar firmar este formulario no afectará 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 \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELÉFONO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL. ALTERNO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-MAIL/CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ (Opcional): \_\_\_\_\_

## AUTORIZO A LOS SIGUIENTES LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL MÉDICA PROTEGIDA:

Persona/Organización Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Tel. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## RAZÓN PARA LA DIVULGACIÓN (Escoja solo una opción de abajo)

- Tratamiento/Continuar Cuidado Médico
- Uso Personal
- Facturación o Reclamos
- Seguro
- Asuntos Legales
- Determinación de Discapacidad
- Escuela
- Empleo
- Otro Transportación

## ¿QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA?

Persona/Organización Nombre Island Transit DIAL A RIDE

Dirección 3115 Market Street

Ciudad Galveston Estado TX Código Postal 77550

Tel. ( 409 ) 797-3909 Fax ( 409 ) 797-3901

## ¿CUÁL INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA?

Para llenar la siguiente sección, indique cuáles 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 médica debe ser divulgada, marque solo la primera casilla.

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toda información médica | <input type="checkbox"/> Antecedentes/Examen Físico | <input type="checkbox"/> Medicamentos anteriores/actuales  | <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio                |
| <input type="checkbox"/> Órdenes 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 médica    | <input type="checkbox"/> Reportes de Pruebas Diagnósticas  | <input type="checkbox"/> Reportes de ECG/Cardiología              |
| <input type="checkbox"/> Reportes de patología   | <input type="checkbox"/> Información de facturas    | <input type="checkbox"/> Reportes de Radiología e Imágenes | <input checked="" type="checkbox"/> Otro Diagnostico y Pronostico |

## Se requieren sus iniciales para divulgar la siguiente información:

- \_\_\_\_\_ Expedientes de Salud Mental (excluyendo notas de psicoterapia)      \_\_\_\_\_ Información Genética (incluyendo Resultados de Prueba Genética)
- \_\_\_\_\_ Expediente de Abuso de Drogas, Alcohol o Sustancias      \_\_\_\_\_ 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 abajo "QUIÉN PUEDE RECIBIR Y USAR LA INFORMACIÓN MÉDICA". Comprendo que acciones hechas anteriormente en base a esta autorización por entidades que tenían permiso de acceder a mi información médica no serán afectadas.

**FIRMA DE AUTORIZACIÓN:** 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 médica 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 legal  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. Código Fam. de Texas § 32.003).

FIRMA X \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

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

El Procurador General de Texas ha adoptado una Autorización para Divulgar Información Médica Protegida estándar de acuerdo al 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 de Expedientes Médicos en 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 Privacidad de Expedientes Médicos en Texas 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 "Quién 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