ESTADO DE VIRGINIA
AUTORIZACIÓN UNIFORME PARA USAR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Entiendo que las diferentes agencias ofrecen diferentes servicios y beneficios. Cada agencia debe contar con información específica para proporcionar servicios y beneficios. Al firmar este formulario, doy mi permiso para que las agencias utilicen e intercambien cierta información sobre mí, incluyendo información en una base de datos electrónica, por lo que será más fácil para ellos trabajar juntos de manera eficiente para proporcionar o coordinar estos servicios o beneficios.

Yo _____estoy firmando este formulario para
(NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE MOLDE DE LA PERSONA O PERSONAS QUE AUTORIZAN)

_____
(NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE MOLDE DEL INDIVIDUO)

_____
(DIRECCIÓN DEL INDIVIDUO) *(FECHA DE NACIMIENTO DEL INDIVIDUO)*

Mi relación con el individuo es:
☐Yo ☐ Padre/madre ☐ Carta Poder ☐ Tutor Legal
☐ Otro Representante Legalmente Autorizado

Quiero que la siguiente información confidencial del individuo se intercambie:

Sí	*No*		*Sí*	*No*	
☐	☐	Información de la evaluación	☐	☐	Diagnóstico Médico
☐	☐	Beneficios/Servicios Necesarios Planificados, y/o Recibidos	☐	☐	Expediente Médico
			☐	☐	Información financiera

Yo quiero _____

_____
(NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA REMITENTE Y PERSONA A CONTACTAR DEL PERSONAL)

Y que las siguientes entidades puedan usar e intercambiar esta información entre ellas mismas:

The Virginia Bleeding Disorders Program

Quiero que esta información se intercambie ÚNICAMENTE para los siguientes propósitos:

☐ **Coordinación de Servicios y Planificación del Tratamiento** ☐ **Determinación de Elegibilidad**

La información puede intercambiarse mediante métodos escritos, informatizados y verbales

---

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al decírselo a la agencia remitente. Las agencias en la lista deben dejar de compartir información después de saber que mi autorización ha sido cancelada. Tengo el derecho a saber qué información sobre mí ha sido compartida, y por qué, cuándo y con quién se compartió. Si lo solicito, cada agencia me mostrará esta información. Quiero que todas las agencias acepten una copia de este formulario como una autorización válida para compartir información. **Si no firmo este formulario, no se compartirá la información y yo tendré que ponerme en contacto con cada agencia individualmente para dar información sobre mí que se necesite**. Sin embargo, entiendo que el tratamiento y los servicios no pueden ser condicionados a que yo firme esta autorización. Hay una posibilidad de que la información divulgada conforme a esta autorización pueda ser divulgada nuevamente por el destinatario y no quede sujeta a la Regla de Privacidad de HIPAA

Firma(s): _____Fecha: _____
(*PERSONA O PERSONAS QUE AUTORIZAN)*

Persona que explica el formulario _____
(Nombre) *(Dirección)* *(Número teléfono)*

Testigo *(si es requerido):*_____
(Firma) *(Dirección)* *(Número teléfono)*