

ESTADO DE VIRGINIA
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA (DMAS)
CONSENTIMIENTO GENERAL PARA REVELAR INFORMACIÓN

Proveedor o ID de Proveedor o
Nombre del afiliado: _____ **Número de identificación de Medicaid o**
Fecha de nacimiento: _____ (mes/día/año) **Número de seguro social: _____**
Dirección del afiliado: _____

PERMISO PARA QUE EL DMAS REVELE INFORMACIÓN:

Por la presente doy permiso al Departamento de Servicios de Asistencia Médica para compartir con:

(PERSONA/ORGANIZACIÓN/LUGAR DE NEGOCIOS Y DIRECCIÓN)

la siguiente información:

____ Médica ____ Psiquiátrica ____ Financiera ____ Historial de reclamos médicos* ____ Otra (Explique abajo)
(ESCRIBA SUS INICIALES A LA IZQUIERDA DE CADA OPCIÓN DESIGNADA)

*Especifique el periodo de tiempo para el historial de reclamos médicos que contiene los servicios facturados y pagados por DMAS

PERMISO PARA QUE EL DMAS OBTENGA INFORMACIÓN:

Por la presente doy permiso al Departamento de Servicios de Asistencia Médica para obtener de _____ la siguiente información:

(PERSONA/ORGANIZACIÓN/LUGAR DE NEGOCIOS)

____ Médica ____ Psiquiátrica ____ Financiera ____ Historial de reclamos médicos* ____ Otra (Explique abajo)
(ESCRIBA SUS INICIALES A LA IZQUIERDA DE CADA OPCIÓN DESIGNADA)

Este consentimiento es válido hasta _____ (Fecha)

Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con el DMAS en la dirección que aparece al final de éste documento.

Entiendo que el DMAS tomará las medidas razonables de acuerdo a las leyes estatales y federales para salvaguardar la confidencialidad de mis registros médicos y personales. Medicaid está sujeto a las restricciones de confidencialidad establecidas en 42 CFR 431.300 a 431.307, Código de Virginia §32.1-325.4, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y el Código Administrativo de Virginia 30-20-90. También entiendo que, bajo la Ley de Privacidad de Virginia de 1974, tengo derecho a inspeccionar, corregir o completar esta información.

Firma: _____ Fecha: _____
Inscrito/Proveedor

Si no firma por sí mismo (arriba), indique la relación con el cliente, como: padre del menor, poder legal, tutor legal u otro representante legalmente autorizado. **Debe proporcionar una copia de los documentos judiciales o legales.**

Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____
Testigo (si está firmado por marca)

Este formulario de consentimiento fue reconocido ante mí este _____ día _____, 20 _____

NOTARIO PÚBLICO

Mi comisión expira: _____

Este formulario contiene información identificable del paciente y no debe ser revisado ni utilizado por nadie excepto por las partes autorizadas. Las leyes estatales y federales prohíben el uso indebido o la divulgación de esta información. Si ha obtenido este formulario por error, envíelo a la siguiente dirección.

**INSTRUCCIONES: El afiliado o proveedor que otorga la autorización debe poner sus iniciales en la línea a la izquierda de cada casilla marcada. Devuelva el original al DMAS después de hacer una copia para sus archivos. Envíe el formulario original a: Department of Medical Assistance Services
600 East Broad Street, Suite 1300
Richmond, Virginia 23219**