

**ESTADO DE VIRGINIA**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA (DMAS)**  
**Y OFICINA DEL FISCAL GENERAL (OAG)**  
**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 Y EL OAG REVELEN INFORMACIÓN:**

Por la presente doy permiso al Departamento de Servicios de Asistencia Médica y al OAG 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 Y EL OAG OBTENGAN INFORMACIÓN:**

Por la presente doy permiso al Departamento de Servicios de Asistencia Médica y al OAG 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 y el OAG tomarán 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 o al OAG después de hacer una copia para sus archivos.**

Puede obtener esta carta en otro idioma, en letra grande o de otra manera que sea mejor para usted. Llámenos al 804-786-7933 (TTY: 1-800-343-0634).