



United Way for Greater Austin - Abordando Juntos el Cáncer
Consentimiento / Autorización para Solicitar y Compartir Información

Este formulario permite que el personal del programa United Way for Greater Austin – Abordando Juntos el Cáncer (Addressing Cancer Together- ACT, por sus siglas en inglés) reciba, solicite y comparta mi información personal sobre mi salud y mis finanzas con el fin de apoyar mi tratamiento contra el cáncer, la conexión con servicios de apoyo, las solicitudes de financiación o seguro y el pago de servicios o primas. La ayuda a través de ACT se basa en la financiación disponible y no está garantizada.

NOMBRE DEL PACIENTE

Primer Nombre _____ Apellido _____

Domicilio _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Estado TX Código Postal _____ Condado _____
(Bastrop, Hays, Williamson)

Autorizo a ACT a solicitar, utilizar y compartir la información que se muestra a continuación marcada con una X:

<input type="checkbox"/>	Cualquier y toda información que me ayude a recibir o pagar por servicios	<input type="checkbox"/>	Ingresos y activos (cheques, ahorros, mercado monetario, declaración de impuestos)
<input type="checkbox"/>	Información sobre el tratamiento del cáncer y facturas	<input type="checkbox"/>	Registros de facturación
<input type="checkbox"/>	Solicitudes, resultados y facturas de radiología	<input type="checkbox"/>	Información sobre el seguro médico
<input type="checkbox"/>	Solicitudes, resultados y facturas de laboratorio o pruebas	<input type="checkbox"/>	Información de elegibilidad, incluidas las denegaciones
<input type="checkbox"/>	Situación del tratamiento	<input type="checkbox"/>	Necesidades de servicios sociales

Autorizo el uso y divulgación de mi información por y entre ACT con hospitales, consultorios médicos, proveedores de patología, proveedores de anestesiología, laboratorios genéticos, proveedores de servicios sociales y proveedores de seguros, para facilitar mi acceso a servicios y apoyo financiero relacionados con mi tratamiento contra el cáncer.

Entiendo que puedo retirar o revocar este consentimiento en cualquier momento notificándolo por escrito a ACT a la dirección indicada a continuación. Si retiro mi autorización, mi información ya no podrá utilizarse ni divulgarse por los motivos contemplados en esta autorización. Sin embargo, cualquier divulgación ya realizada con mi permiso no podrá ser revocada. La información divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar protegida por las protecciones de privacidad estatales o federales, incluida la HIPPA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico), por sus siglas en inglés.

Esta autorización tiene una validez de 2 años a menos que se revoque antes, o que yo especifique otro plazo: _____ .

Libero a la organización nombrada en esta autorización, y a su personal, de responsabilidad legal u obligación por la divulgación de los registros según lo autorizado en este formulario. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Se me proporcionará una copia de la misma si así lo solicito. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como su original.

Firma del Paciente o del Representante del Paciente

Fecha

Nombre en Letra de Molde del Paciente o Representante del Paciente

Autoridad para Representar al Paciente

Complete el formulario y envíelo a:

United Way - ACT 5930 Middle Fiskville, Austin TX 78752
FAX 877-512-8834 / Subir a: <https://tinyurl.com/ACTcaresUW>