

AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Para: _____ (Inserte el nombre del médico o proveedor)

Por este conducto autorizo el uso y revelación de mi información médica identificable (“Información Protegida sobre la Salud”) según se describa en este formulario (la Autorización) a ATC Paratransit, para fines de determinar mi elegibilidad para recibir servicios de transporte.

Nombre del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

Favor de enviar la información solicitada a:

San Francisco Paratransit, 612 Street, San Francisco, CA 94110

Descripción específica de la Información Protegida sobre la Salud a ser usada o revelada:

La(s) discapacidad(es) documentada(s) de nuestro solicitante (su paciente), y cómo ésta(s) afectan su capacidad para utilizar en forma independiente el Muni o demás autobuses/trenes accesibles de BART.

Evento que marca la expiración de esta Autorización:

La verificación profesional de la información específica solicitada (ver arriba), la cual nos permita hacer una determinación de elegibilidad para servicios de paratransito conforme a la ley ADA.

Entiendo que la Información Protegida sobre Mi Salud está sujeta a revelación por el receptor autorizado de dicha Información conforme a la presente autorización, y que la Información Protegida sobre Mi Salud que se revele tal vez no se encuentre protegida por los reglamentos federales sobre la privacidad. Asimismo entiendo que puedo revocar la presente Autorización en cualquier momento dándole aviso por escrito, pero si lo hago, la revocación no surtirá efectos sobre las acciones que usted haya realizado antes de recibir dicha revocación de la Autorización.

Firma del individuo o de su representante

Fecha

(El formulario debe llenarse antes de firmarse)

Nombre del representante en letra de molde, si aplica. _____

Relación con el individuo: _____

Testigo

Fecha

(Se puede obtener este formulario en formatos accesibles y/o en otros idiomas al solicitarlo)