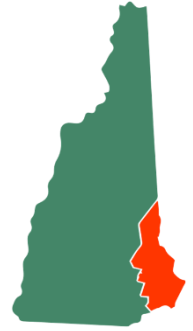


# Alianza para el Transporte Comunitario (ACT)

Trabajamos para ampliar el transporte comunitario asequible y eficiente en el sureste de New Hampshire



## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA



Estimado profesional de la salud:

He completado una solicitud común de TripLink y solicito los siguientes servicios de transporte:

- Servicio de paratransito de la ADA de COAST
- Portsmouth Senior Transportation de COAST
- Viajes comunitarios de la ACT

Parte de este proceso de solicitud requiere que un profesional de la salud revise la información que he proporcionado y determine mi capacidad funcional. La elegibilidad para este servicio es una determinación funcional, no médica.

Por la presente lo autorizo a proporcionar esta información completando la o las Evaluaciones de capacidad funcional y enviándolas directamente a TripLink. Lea atentamente las instrucciones, ya que el criterio para cada servicio es diferente.

Usted está autorizado a hablar de esta información con TripLink y Cooperative Alliance for Seacoast Transportation (COAST).

Complete todas las Evaluaciones de capacidad funcional que le envíe TripLink.

TripLink                      Teléfono : 603-834-6010  
42 Sumner Dr                Fax: 855-975-2546 (seguro)  
Dover, NH 03820          Correo Electrónico: TripLink@CommunityRides.org

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Firma del representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente o autoridad para actuar en su nombre: \_\_\_\_\_

BARRINGTON  
BRENTWOOD  
BROOKFIELD  
DOVER  
DURHAM  
EAST KINGSTON  
EPPING  
EXETER  
FARMINGTON  
FREMONT  
GREENLAND  
HAMPTON  
HAMPTON FALLS  
KENSINGTON  
KINGSTON  
LEE  
MADBURY  
MIDDLETON  
MILTON  
NEW CASTLE  
NEW DURHAM  
NEWFIELDS  
NEWINGTON  
NEWMARKET  
NEWTON  
NORTH HAMPTON  
NORTHWOOD  
NOTTINGHAM  
PORTSMOUTH  
ROCHESTER  
ROLLINSFORD  
RYE  
SEABROOK  
SOMERSWORTH  
SOUTH HAMPTON  
STRAFFORD  
STRATHAM  
WAKEFIELD

**Plazo:** A menos que revoque esta autorización por escrito, esta autorización vencerá automáticamente después de que se realice el uso o la divulgación solicitados en este documento, excepto que se especifique algo distinto.

**Revocación:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento solicitándolo por escrito. La revocación entrará en vigencia de inmediato una vez recibida mi notificación por escrito. Entiendo que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna medida tomada en virtud de esta autorización antes de que recibiera mi notificación de revocación por escrito.

**Posibilidad de volver a divulgar la información:** Entiendo que la persona que reciba mi Información médica protegida puede no estar obligada a cumplir con las leyes federales y estatales de privacidad, y mi Información médica protegida puede dejar de estar protegida por las leyes estatales y federales aplicables una vez que sea divulgada por mi proveedor de atención médica.

La Evaluación de capacidad funcional debe ser completada por un médico con licencia o certificado:

Médico	Asistente médico
Trabajador social con licencia	Psicólogo
Terapeuta respiratorio	Fisioterapeuta
Psiquiatra	Audiólogo
Personal de enfermería profesional	Optometrista/Oftalmólogo
Personal de enfermería titulada	Administrador/Trabajador del caso
Terapeuta ocupacional	

La *Autorización para la divulgación de información médica* completada debe entregarse al profesional de la salud o al trabajador social que se indica a continuación:

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Agencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_