

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

**MENOR:**

Apellido Primer nombre Segundo nombre Identificación: Fecha de nacimiento:

**PADRES**

**/TUTOR LEGAL:** Apellido Primer nombre Segundo nombre Número de teléfono

Marqué las casillas y firmé abajo para indicar las agencias/proveedores a quienes doy autorización para  divulgar u  obtener información con el fin de mejorar el bienestar de mi hijo nombrado anteriormente por medio de correo, teléfono, fax, video o correo electrónico cifrado seguro. Entiendo lo siguiente:

* Que es posible que se divulgue la información a terceros que no están en la lista de abajo según sea necesario para la facturación y acceso a servicios y la continuidad del cuidado.
* Que solo se divulgará/obtendrá la cantidad mínima de información necesaria para cumplir con una solicitud.
* Es posible que haya un cargo por página, más franqueo y manejo, por los servicios de copias a menos que las copias se proporcionen directamente a una entidad con el fin de la continuidad del cuidado.

Children’s Medical Services Program(s)  Local Education Agency/School System

Head Start/Early Head Start  Florida Diagnostic & Learning Resources System (FDLRS/child find)

Office of Disability Determinations (SSI)  Department of Health Birth Defects Registry

Children and Families Voluntary Family Services  Department of Health Newborn Screening Program

Department of Education

Medicaid/Plan de Medicaid      

Nombre Teléfono

Seguro privado

Nombre Teléfono

Pediatra/médico

Nombre Teléfono

Otro

Nombre Teléfono

Hospital

Nombre Teléfono

**INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ/OBTENDRÁ: (marcar la selección)**

Expedientes médicos generales  Notas de progreso  Historial y resultados físicos, incluida información de diagnóstico

Vacunas  Consultas  Individualized Family Support Plan/  
 evaluación/informes de evaluación

Otro: (especificar)

**Autorizo específicamente la divulgación de la información relacionada con: (marcar la selección si corresponde)**

Resultados de pruebas de VIH para fines que no son de tratamiento  Expedientes del cliente de parte del proveedor de servicios   
 Notas de salud mental por abuso de sustancias

**FECHA DE VENCIMIENTO:** esta autorización vencerá (anotar la fecha o evento) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Entiendo que si no especifico un evento o una fecha de vencimiento, esta autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha en que se firmó.

**RE-DIVULGACIÓN:** entiendo que después de que se divulgue la información indicada arriba, quien recibe la información puede volver a divulgarla y es posible que esa información ya no esté protegida por las leyes ni por los reglamentos de privacidad federales.

**CONDICIONES:** entiendo que es voluntario completar este formulario de autorización. Comprendo que no se me denegarán los servicios si no firmo este formulario.

**REVOCACIÓN:** entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, comprendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación ante mi coordinador de servicios. Entiendo que la revocación no aplicará para la información que ya fue divulgada en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no aplicará para mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PADRES/TUTOR LEGAL:**  Firma Fecha