

**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