|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL** |
| **Menor:** |  |  |  |  |  |
|  | **Apellido** | **Primer nombre** | **Segundo nombre** | **# Identificación** | **Fecha de Nacimiento** |
| **Padres /Tutor Legal:** |   |  |  |  |  |
|  | **Apellido** | **Primer nombre** | **Segundo nombre** | **Segundo nombre** | **Número de teléfono** |
| He proporcionado mi firma a continuación para las agencias/proveedores a los que he dado permiso para divulgar y/u obtener información con el fin de mejorar el bienestar de mi hijo mencionado anteriormente por 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.
 |
| * Programa(s) de Children’s Medical Services
 | * Agencia de Educación Local/Sistema Escolar
 |
| * Head Start/Early Head Start
 | * Florida Diagnostic and Learning Resources System (FDLRS/Child Find)
 |
| * Oficina de Determinaciones de Discapacidad (SSI)
 | * Departamento de Salud, Registro de Defectos de Nacimiento
 |
| * Departamento de Niños y Familias, Servicios Familiares Voluntarios
 | * Departamento de Salud, Programa de Newborn Screening
 |
| * Departamento de Educación
 | * Coalición de Aprendizaje Temprano, Early Learning Coalition (ELC)
 |
| **Agencia** | **Nombre** | **Teléfono #** |
| [ ]  Medicaid/Plan de Medicaid |  |  |
| [ ]  Seguro privado |  |  |
| [ ]  Pediatrician/Physician  |  |  |
| [ ]  Hospital |  |  |
| [ ]  Otro |  |  |
| **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 [ ]  Notas de salud mental[ ]  Expedientes del cliente de parte del proveedor de servicios 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:** |  |  |  |
|  | **Nombre** | **Firma** | **Fecha** |

