|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |

