Autorización para revelar información confidencial y consentimiento
para facturar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del niño:** |  | **Fecha de nacimiento:** |
| **Nombre del padre/madre/tutor legal:** |  | **N.º de teléfono:** |
| Mi firma abajo indica que me dieron y me explicaron el aviso escrito del programa Early Steps de Florida relacionado con la autorización para revelar información confidencial y el consentimiento para facturar.Mis respuestas abajo indicarán si el programa Early Steps está autorizado para revelar mi información confidencial y usar mi seguro privado o público para pagar los servicios incluidos en el Plan Individualizado de Apoyo Familiar (IFSP) de mi hijo. Sin embargo, cada vez que haya un aumento en la frecuencia, duración o intensidad del servicio, se deberá dar un nuevo consentimiento para el uso del seguro privado.Para las personas que tienen seguro privado **y** público, autorizar o rechazar el consentimiento para usar su seguro privado y público se aplicará de igual manera a ambos. Por lo tanto, si se autoriza el uso del seguro privado, la familia también autoriza el uso del seguro público. De forma alternativa, si se niega el consentimiento para el seguro privado, la familia también niega el uso del seguro público.Las familias tienen el derecho de retirar en cualquier momento su consentimiento para revelar información confidencial o para facturar. |
| **Marque la casilla correspondiente para dar su consentimiento para revelar información confidencial. Tenga en cuenta que el consentimiento para revelar información confidencial es necesario para facturar.** |
| ☐ | Sí, doy mi consentimiento para revelar información confidencial | ☐ | No doy mi consentimiento para revelar información confidencial |
| ☐ | Sí, doy mi consentimiento para revelar información confidencial, pero no a las siguientes entidades: |  |  |
| **Marque la casilla correspondiente para dar su consentimiento para facturar los servicios al seguro privado o público.** |
| ☐ | No tengo seguro privado ni público |
| ☐ | Rechazo el consentimiento para facturar todos los servicios aplicables al seguro privado o público |
| ☐ | Doy mi consentimiento para facturar todos los servicios aplicables al seguro privado o público |
| ☐ | Doy mi consentimiento para facturar todos los servicios aplicables al seguro privado o público, excepto los servicios específicos que se indican abajo, los cuales no autorizo facturar al seguro privado |
| Servicios rechazados: |  |

|  |
| --- |
| **Acepto que, si recibo la Explicación de Beneficios y el pago por los servicios del IFSP en lugar del proveedor, enviaré el pago a la oficina local de Early Steps.** |
| **FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá (escriba fecha o suceso) . Entiendo que si no especifico una fecha o suceso de vencimiento, esta autorización vencerá en el tercer cumpleaños de mi hijo.**NUEVA REVELACIÓN:** Entiendo que una vez que se revele la información de arriba, el destinatario podría volver a revelarla y que la información podría no estar protegida por las leyes o reglamentaciones federales de privacidad.**CONDICIONES:** Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Comprendo que no se me denegarán los servicios si no firmo este formulario.**REVOCACIÓN:** Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y entregarla a mi coordinador de servicios. Comprendo que la revocación no se aplicará a la información que ya haya sido revelada en respuesta a esta autorización. |
|  |
| **Firma** | **Fecha** |

Información del seguro

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del plan** | **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización** | **Nombre del titular** | **ID de miembro del titular** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |