|  |  |
| --- | --- |
| *Programa de Infantes-Niños Menores de Tres Años de Carolina del Norte* |       |
| *AUTORIZACIóN PARA DIVULGAR INFORMACIóN SOBRE LA SALUD* |
| Nombre del Niño:  |       | Fecha de Nacimiento:  |       |
| Número del Historial Médico del Niño:  |       |  |
| Yo,  |       | por eso autorizo a |       |
|  | *(Padre/Madre/Guardián Legal o Representante Personal)* |  | *(Nombre del Proveedor/Plano)* |
| a divulgar y intercambiar información específica sobre la sa salud del historial (verbal, registro y electrónico) de cliente arriba citado a:  |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *Nombre* |  | *Dirección* |  | *Teléfono* |  | *Fax (Optativo)* |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *Nombre* |  | *Dirección* |  | *Teléfono* |  | *Fax (Optativo)* |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *Nombre* |  | *Dirección* |  | *Teléfono* |  | *Fax (Optativo)* |
| Para el (los) propósito(s) específico(s) siguiente(s):  |       |
| Información específica a ser divulgada: |
| [ ]  Historial de Nacimiento | [ ]  Evaluaciones de Terapia Física | [ ]  Evaluaciones Multidisciplinarias |
| [ ]  Historiales de la Salud y Médico | [ ]  Evaluaciones de Terapia Ocupacional | [ ]  Planes Individualizados de Servicios a la Familia (IFSPs) |
| [ ]  Resultados del Laboratorio | [ ]  Evaluaciones del Habla y Lenguaje | [ ]  Categoría que reúne los requisitos |
| [ ]  Resumen de Admisiones/Altas | [ ]  Evaluaciones del Desarrollo | [ ]  Informes de Progreso/Notas de Progreso |
| [ ]  Evaluaciones Oftalmológicas | [ ]  Evaluaciones de la Nutrición | [ ]  Otros (especificar) |       |
| [ ]  Evaluaciones Audiológicas | [ ]  Evaluaciones de la Educación | [ ]  Otros (especificar) |       |
| [ ]  Historial Social | [ ]  Evaluaciones Sicológicas | [ ]  Otros (especificar)  |       |
| [ ]  Historial del Desarrollo | [ ]  Evaluaciones Médica | [ ]  RESTRICCIONES Ver Petición Específica |
| Entiendo que esta autorización se vencerá en la fecha, evento o condición siguiente:  |       |
| (No sobrepasar un año) |
| Entiendo que si dejo de especificar una fecha o condición de vencimiento, esta autorización está en vigor por el período de tiempo necesario para realizar su propósito hasta un año, excepto por divulgación de transacciones financieras, por las cuales la autorización está en vigor por período indefinido. Entiendo también que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al firmar la *Sección de Revocación* al verso de este formulario. Entiendo además que cualquier acción tomada por esta autorización antes de la fecha de rescisión es legal y obligatoria. Entiendo que puede ser que mi información no esté protegida de la re-divulgación por el que pide la información; sin embargo, si esta información está protegida por las Regulaciones Federales de Confidencialidad sobre el Abuso de Sustancias, el recipiente no puede re-divulgar tal información sin mi autorización adicional por escrito a no ser que de otro modo la ley estatal o federal lo permita. Entiendo que si mi historial contiene información relacionada con la infección VIH, VIH o condiciones relacionadas con el VIH, abuso de alcohol, abuso de sustancias, condiciones sicológicas o siquiátricas, o prueba genética, esta divulgación incluirá esa información. Entiendo también que puedo negar a firmar esta autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, pago por servicios, o mi elegibilidad para beneficios; sin embargo, si un proveedor de ningún tratamiento (ej., una compañía de seguros) pide un servicio para el único propósito de crear información sobre la salud (ej., examen físico), puede negarse el servicio si no le dan la autorización. Si el tratamiento tiene que ver con la investigación, puede negarse el tratamiento si no le dan la autorización.Entiendo además que recibiré una copia de esta autorización firmada. |
|       |  |       |  |       |
| *Firma del Padre/Madre/ Cliente/Guardián Legal o del Representante Personal* |  | *Fecha* |  | *Relación/Autoridad* |
|       |  |       |  |       |
| *Firma del Representante Personal* |  | *Fecha* |  | *Relación/Autoridad* |
|  |
| **AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION SOBRE LA SALUD – SECCION DE REVOCACIÓN** |
| Por medio de la presente, pido que esta autorización para divulgar información sobre la salud de: |  |
|  | *Nombre del Niño* |
| Firmado por |       | al |       |
|  |  *(Escriba el Nombre de la Persona que Firmó la Autorización)* |  | *(Escriba Fecha de la Firma)* |
| Sea rescindida, efectivo al |       | *(Fecha)* |
| Entiendo que cualquier acción tomada por esta autorización antes de la fecha de rescisión es legal y obligatoria. |
|       |  |       |  |       |  |       |
| *Firma del Padre/Madre/ Cliente/Guardián Legal o del Representante Personal* |  | *Fecha* |  | *Relación/Autoridad* |  | *Fecha* |
|       |  |       |  |       |
| *Firma del Representante Personal* |  | *Fecha* |  | *Relación/Autoridad* |