



Autorización para la divulgación de información

Corporación KidsPeace y sus corporaciones subsidiarias

(Todas partes de este formulario deben ser completadas en cumplimiento con las normas federales y estatales aplicable)

Información personal

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Paciente # de cuenta: _____ Fecha de admisión: _____

Yo, por la presente, autorizo a **KIDSPEACE** _____ el intercambio de información con: _____ (programa)

Nombre: _____ # de teléfono: _____

Dirección: _____

con el fin de: _____

La información que será **DIVULGADA** es:

- Evaluación psiquiátrica Informes de laboratorio Medicamentos Planes de tratamientos
- Historial médico Evaluación psicológica Historial dental Resumen integrado
- Evaluación biopsicosocial Evaluación académica Plan de educación individual Información de abuso de sustancias * _____
- Resumen del alta Planes del alta/posteriores Registro de vacunas
- Otro (especificar) _____

* Los iniciales del cliente son requeridos para divulgar documentos relacionados con el abuso de sustancias.

La información que será **OBTENIDA** es:

- Evaluación psiquiátrica Informes de laboratorio Medicamentos Planes de tratamientos
- Historial médico Evaluación psicológica Historial dental Resumen integrado
- Evaluación biopsicosocial Evaluación académica Plan de educación individual Información de abuso de sustancias * _____
- Resumen del alta Planes del alta/posteriores Registro de vacunas
- Otro (especificar) _____

* Los iniciales del cliente son requeridos para divulgar documentos relacionados con el abuso de sustancias.

Información relacionada con el VIH contenidas en las partes del expediente indicado anteriormente no serán divulgadas por este consentimiento. Un consentimiento aparte es requerido para la divulgación de información relacionada con el VIH.

Se me ha dicho que, para proteger la confidencialidad de expedientes, mi acuerdo para obtener o divulgar información es necesario y que este permiso está limitado a sus propósitos y solo a la persona mencionada anteriormente, **y será efectivo por 1 año después de ser firmado, a menos que se indique debajo.** También entiendo que puedo revocar esta autorización salvo cuando ya se han tomado medidas. La denegación a divulgar toda o alguna información de atención médica puede resultar en una diagnosis o tratamiento inadecuado, rechazo de cobertura o reclamación de beneficios de salud u otro seguro médico u otras consecuencias adversas. Su firma o denegación a firmar este consentimiento no será únicamente usada como una base para negar tratamiento.

Este consentimiento estará en efecto de _____ hasta _____ (no debe exceder 1 año –residencial en Maine – no debe exceder 6 meses)

¿USTED DESEA REVISAR LA INFORMACIÓN ANTES DE SER DIVULGADA? _____ SI _____ NO

Firma del cliente (edad de consentimiento legal)
(Padre/guardián legal, representante del cliente si el cliente es menor de edad de consentimiento legal)

Autoridad/relación al cliente

Fecha de firma

Firma de padre, guardián legal, representante del cliente

Autoridad/relación al cliente

Fecha de firma

Si más de un padre/guardián la firma es requerida:

Firma de padre, guardián legal, representante del cliente

Autoridad/relación al cliente

Fecha de firma

Firma de testigo

Fecha de firma

He recibido una copia de esta autorización.

He rechazado una copia.

Nombre: _____ MR/Paciente # cuenta: _____

<i>(For Office Use Only):</i> MR/CLIENT #: _____	
Authorization to revoke by: _____	
If revocation of this authorization received: _____	
Associate member signature: _____	_____
Associate printed name: _____	Date received: _____

Consentimiento oral (No se aplica a información relacionada con el VIH)

Para personas físicamente incapaces de proveer su firma – NO SERÁ USADO PARA CONSENTIMIENTOS VERBALES DADO POR TELÉFONO.

Fui testigo de que la persona entendió la naturaleza de esta divulgación y libremente él/ella dio su consentimiento oral. (Se requieren dos testigos.)

Firma de testigo/fecha

Firma de testigo/fecha