



# 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