

Autorización para revelar y/o obtener información confidencial

Yo, el abajo firmante, por lo presente autorizo a Family Service y a _____
Nombre del trabajador de Family Service

2727 N. Grandview Blvd Ste. 203 Waukesha, WI 53188 / Teléfono: 262-547-5567 / Fax: 262-547-1608

a revelar y/o obtener de (marque uno o ambos):

Nota: Un documento de revelación separado se requiere para cada individuo de quien información puede ser obtenida o revelada.

Individuo/Agencia/Organización _____

Número de teléfono _____

Dirección Postal _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Historial confidencial y/o información como especificada abajo con respecto a:

Nombre _____	Fecha de nacimiento _____
--------------	---------------------------

Información confidencial para revelación/adquisición:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Admisión/evaluación inicial y evaluaciones de progreso | <input type="checkbox"/> Derivaciones hechas |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones psiquiátricas/psicólogas | <input type="checkbox"/> Apuntes de progreso |
| <input type="checkbox"/> Medicaciones | <input type="checkbox"/> Necesidades de comportamiento, emocionales y académicas del cliente |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento de plan y/o resumen de tratamiento | <input type="checkbox"/> Evaluaciones médicas/registro de historial y examen físico |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones de progreso de tratamiento y actualizaciones | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Entrevista forense/DVDs y evaluaciones relacionadas hechas por trabajadores | |

Formato de la información para revelación: Escrito y Verbal

Propósito de la necesidad de divulgación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Continuación y coordinación de cuidado | <input type="checkbox"/> Abogar por el éxito de comportamiento, emocional y académico de un niño |
| <input type="checkbox"/> Cuidado médico | <input type="checkbox"/> Verificación de participación en tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Investigación o acción legal | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |

Sus derechos con respeto a esta autorización:

Yo entiendo que tengo el derecho a inspeccionar o tener una copia de la información confidencial a la que yo autorizo uso o revelación a través de este formulario de autorización. Yo entiendo que, si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, a la que no estoy requerido firmar; se me debe proveer una copia firmada del formulario. Yo entiendo que no estoy bajo ninguna obligación a firmar este formulario y que la persona y/o agencia listada arriba a quien autorizo a usar y/o revelar mi información no debe condicionar tratamiento, inscripción de pago en un plan de salud o elegibilidad para beneficios de cuidado de salud en mi decisión a firmar esta autorización. Yo entiendo que notificación escrita es necesaria para cancelar esta autorización. Para obtener información de cómo retractar mi autorización, yo puedo contactar a los trabajadores de Family Service proveyendo/coordinando mis servicios. Estoy consciente que mi retracción no será efectiva a los usos y/o divulgaciones de mi información de salud que la persona y/o agencia listada arriba ya haya hecho en referencia con esta autorización.

(Yo entiendo que, si la persona y/o agencia listada arriba no son gobernadas por leyes federales y de estado y códigos de administración aplicables, la información confidencial divulgada como resultado de esta autorización puede que ya no sea protegida de otras divulgaciones más sin obtener mi autorización.)

Fecha de expiración: Esta autorización funcionará hasta la compleción de servicios activos con Family Service a menos que una fecha específica identificada aquí o a menos que una noticia escrita de revocación sea sometida. Fecha de expiración: _____

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este formulario de autorización. Al firmar esta autorización, yo confirmo que refleja mis deseos con exactitud. Una copia de la autorización será considerada igual de válida que la original.

Nombre escrito: _____ Fecha: _____

Firma: _____

- Cliente Padre del cliente Guardián legal Representante del cliente

Al marcar esta caja, yo por lo presente verifico que esta firma, producida electrónicamente, es la firma actual del cliente, padre o guardián legal que tiene autoridad legal a proveer dicho consentimiento.

Testigo: _____