

Crossroads Head Start/Early Head Start
Autorización para divulgar y Recibir Información

D-216 Sp

De/Para: Crossroads HS/EHS

Para/De: _____

Persona de contacto/Información de contacto

Persona de contacto/Información de contacto

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____

Teléfono: _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Yo (nosotros), los abajo firmantes, por la presente autorizo a las personas, instituciones educativas, empresas, médicos, clínicas, hospitales o agencias anteriores a divulgar y / o recibir la siguiente información confidencial en forma escrita o verbal: (verifique todo lo que corresponda)

☒ Cualquier información necesaria para la prestación de servicios ☐ Plan de tratamiento ☐ Diagnóstico
☒ Documentación solicitada a los proveedores ☐ Dental ☐ Tratamiento proporcionado ☐ Medicamentos
☐ Físico ☐ Plan de educación electrónica (IEP/HSS/IFSP) ☐ Resultados de la evaluación/prueba
☐ Notas de progreso ☐ Niño sano ☐ Inmunización ☐ Información médica pertinente _____

La información anterior se divulga para el siguiente propósito y solo para ese propósito. Cualquier otro uso está prohibido:

Referencia para servicios / coordinación y colaboración de servicios

Entiendo que mis registros están protegidos por la ley estatal y federal, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que la ley disponga lo contrario. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento a menos que ya se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento y, en cualquier caso, este consentimiento expire un año después de la fecha de firma.

Quiero que la agencia mencionada anteriormente acepte una copia de este formulario como consentimiento válido para compartir información según sea necesario, si es necesario, para ayudar con la coordinación del servicio y la planificación del tratamiento. Si no firmo este formulario, la información no se compartirá y tendré que ponerme en contacto con la agencia personalmente para darles la información que necesitan. Por la presente, libero a cualquier persona, institución educativa, empresa, médico, clínica, hospital o agencia de responsabilidad por la información proporcionada de conformidad con esta autorización.

Firma de la persona que autoriza

Fecha

Firma, credenciales y título del personal

Fecha

El programa Head Start/Early Head Start no puede pagar por este servicio y no cobramos ningún cargo cuando respondemos a solicitudes autorizadas de información.

Si los registros que se divulgarán son un recurso educativo, se mantienen y divulgan de acuerdo con la Ley de Derechos de Educación Familiar y Privacidad (FERPA). A los padres o estudiantes elegibles se les proporcionará una copia de los registros que se divulgarán si se solicita.

LA INFORMACIÓN QUE AUTORIZO PARA SU DIVULGACIÓN PUEDE INCLUIR INFORMACIÓN QUE PODRÍA CONSIDERARSE INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE PUEDEN INCLUIR, ENTRE OTRAS, ENFERMEDADES COMO LA HEPATITIS, LA SÍFILIS, LA GONORREA Y EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

Prohibición de volver a divulgar: Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley federal. Las regulaciones federales cuando correspondan (42 CFR Parte 2) le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información, excepto con el consentimiento específico por escrito de la persona a quien pertenece. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo si está en manos de otra parte no es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales establecen que cualquier persona que viole cualquier disposición de esta ley será multada con no más de \$ 5,000.00 en el caso de cada ofensa posterior.