Autorización para divulgar información de salud protegida

Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización. El tratamiento, el pago y la elegibilidad de beneficios no estarán sujetos a la firma de esta autorización. Tiene derecho a consultar o fotocopiar la información de salud protegida que se vaya a divulgar. Recibirá una copia de la autorización firmada.

Nombre del niño/joven: _____

Fecha de nacimiento:_____ Número de Seguro Social: _____/_____/_____

Autorizo a Community Partners for Children (CPC, por sus siglas en inglés) a obtener, proporcionar e intercambiar datos, tanto escritos como verbales, referentes a la información de salud protegida de, a y con (escriba sus iniciales al lado de cada agencia/organización que aparece a continuación):

____Any Baby Can
____ ARC of the Capital Area
____Austin Child Guidance Center
____Distrito Escolar Independiente de Austin
____Hospital Austin Oaks
____Hospital Estatal de Austin
____Cuidado Integral del Condado de Travis en Austin (ATCIC)
____ Red de Proveedores de la Organización de Servicios Administrados de ATCIC
____Cal Farley's
____Centro de Protección Infantil
____Centros del Niño y la Familia
____Psiquiatría Infantil y Adolescente, Universidad de Texas en Austin
____Voluntario Comunitario (Padre/Joven que no esté afiliado a ninguna agencia)
____Distrito Escolar Independiente de Del Valle
____Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación
____Departamento de Servicios de Salud Estatales
____Familiares
____Lifeworks
____Lone Star Circle of Care
____Distrito Escolar Independiente de Manor
____Maximus (Medicaid Managed Care)
____ NAMI Texas
____Distrito Escolar Independiente de Pflugerville
____(Hospital) Rock Springs
____Hospital Seton Shoal Creek
____Centro de Rehabilitación Neurológica de Texas
____The Children's Partnership
____Centro de Estudios Infantiles de Texas
____SAFE Austin (formally SafePlace)
____Servicios Humanos y de Salud y Servicios de Veteranos del Condado de Travis
____ Texas Health & Human Services Commission
____Departamento de Libertad Condicional Juvenil del Condado de Travis
____ Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas
____Departamento de Justicia Juvenil de Texas
____Programa TRIAD
____Upbring (formalmente, Servicios Sociales Luteranos)
____Otro _____
____Otro_____
____Otro_____

Información divulgada limitada para (Escriba sus iniciales al lado de cada opción):

____Determinación de retraso mental
____Evaluación psiquiátrica
____Plan de tratamiento
____Notas de progreso del personal
____Diagnóstico
____Información de abuso de sustancias
____Evaluación psicológica
____Plan de colocación/alta de internación
____Información de medicamentos
____Evaluaciones narrativas
____Análisis del plan de tratamiento
____Notas de progreso del médico
____Información de VIH/SIDA
____Otro_____

El propósito de recabar esta información es ayudar a Community Partners for Children a comprender cuáles son los servicios que necesitan su hijo y su familia.

Usted podrá cancelar esta autorización a Community Partners for Children en cualquier momento y por escrito. Sin embargo, la cancelación no afectará aquellas instancias de divulgación que hayan tenido lugar antes de recibir el aviso de cancelación. Escapa a las posibilidades de Community Partners for Children controlar cómo será usada la información de salud protegida por la agencia/persona que la reciba en virtud a esta autorización.

A menos que se la cancele o que se indique lo contrario, la presente autorización vencerá en el plazo de un año a partir de la fecha de su firma.
Otra fecha de vencimiento especificada: _____

Firma del representante autorizado por ley (LAR/Padre/Tutor legal):	**Fecha:**
Nombre en imprenta del representante autorizado por ley:	**Relación con el cliente:**