

Autorización para obtener o divulgar información

Estamos comprometidos con la privacidad de su información. Lea este formulario con atención.

Información del participante:

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Padre o tutor: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico

Información a ser compartida:

Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition

Ages & Stages Questionnaires®: Social-Emotional, Second Edition

Estado de la referencia Otro (describir): _____

Favor de marcar: **Divulgar/enviar información a:** **Conseguir/obtener información de:**

Nombre de la persona: _____ Organización: _____

Dirección: _____

Calle

Pueblo/Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

El propósito de esta divulgación es coordinar e informar sobre el cuidado y el desarrollo de mi niño.

Para compartir la información con otras personas por CORREO ELECTRÓNICO u otro medio electrónico, coloque sus iniciales a continuación:

Entiendo que los servicios de correo electrónico e Internet suponen riesgos que la oficina que comparte la información no puede controlar. Es posible que un tercero pueda leer la información enviada por correo electrónico. **ACEPTO ESOS RIESGOS** y, aun así, solicito el envío de la información por correo electrónico o por la base de datos del programa. **Coloque sus iniciales aquí:** _____

Entiendo y acepto que:

- Firmo este formulario de manera voluntaria. Tengo derecho a recibir una copia firmada de este formulario si lo solicito.
- La «información» relacionada con mi niño puede ser escrita, oral o en formato electrónico, y puede incluir los registros de proveedores médicos (como doctores, hospitales, terapeutas) u otros profesionales (como educadores).
- Mi firma autoriza que las personas u oficinas antes mencionadas hablen sobre la información de mi niño para los fines mencionados.
- La información de mi niño se mantendrá confidencial como lo requiere la ley. Es posible que esta información deje de estar protegida por las leyes de confidencialidad si elijo compartirla con otros que no estén obligados por ley a mantenerla privada.
- Puedo revocar (retirar) mi permiso para divulgar esta información al completar el Formulario de revocación y enviarlo a la oficina que compartió la información. El Formulario de Revocación entra en vigencia después de recibirse y no es aplicable a la información que ya se compartió.
- Puedo negarme a revelar toda la información, sin embargo, si retiro mi permiso o me niego a divulgar parte o toda la información, mi elección puede llevar a un diagnóstico o tratamiento incorrecto, o a la denegación del seguro.
- Este formulario vence dentro de un año a partir de la fecha que aparece abajo, a menos que escriba una fecha anterior aquí:

- Este formulario permite la divulgación adicional de información hasta que este venza o sea revocado.

Fecha: _____ Firma del padre o tutor: _____

