

Asunto:

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento / /
Nombre de soltera u otros por los cuales se lo conoce			Número de Seguro Social

Yo _____ autorizo para que la siguiente información sea divulgada:
(COLOQUE SUS INICIALES A LA IZQUIERDA DE CADA ELEMENTO APROBADO):

Información a ser revelada de:	Información a ser revelada a:
☐ Departamento para Niños y Familias (DCF)	☐ Departamento para Niños y Familias (DCF)
☐ Distrito Escolar: Número de Distrito Escolar Unificado _____	☐ Distrito Escolar: Número de Distrito Escolar Unificado _____
☐ Médico practicante, clínica, centro o establecimiento _____	☐ Médico practicante, clínica, centro o establecimiento _____
☐ Profesional en salud mental, clínica, centro o establecimiento _____	☐ Profesional en salud mental, clínica, centro o establecimiento _____
☐ Proveedor de tratamiento para Abuso de Sustancias _____	☐ Proveedor de tratamiento para Abuso de Sustancias _____
☐ Proveedor o agencia del Servicio Social _____	☐ Proveedor o agencia del Servicio Social _____
☐ Agencias subcontratistas que proporcionan servicios al niño o a la familia _____	☐ Agencias subcontratistas que proporcionan servicios al niño o a la familia _____
☐ Parientes/familiares; familias adoptivas potenciales (según corresponda); todos los participantes en la reunión inicial de 24 horas, reuniones familiares y conferencias y reuniones relacionadas con la planificación de caso _____	☐ Parientes/familiares; familias adoptivas potenciales (según corresponda); todos los participantes en la reunión inicial de 24 horas, reuniones familiares y conferencias y reuniones relacionadas con la planificación de caso _____
☐ Otro: _____	☐ Otro: _____

Información a ser revelada **(COLOQUE SUS INICIALES A LA IZQUIERDA DE CADA ELEMENTO APROBADO):**

☐ Toda la información necesaria para que el DCF/ Administrador de Caso de Proveedor de Administración de Caso para el Bienestar del Niño (CWCMP por sus siglas en inglés) proporcione los servicios requeridos.	Marco de Tiempo: (Si se necesita más de un marco de tiempo para revelar la información, complete un PPS 0100 por separado)
☐ Todas las evaluaciones y recomendaciones académicas, de logros o aptitud	
☐ Antecedentes y evaluaciones sociales, de comportamiento, psicológicas, mentales o médicas, incluso notas de psicoterapia	☐ 2 años previos con los resultados de los exámenes más recientes
☐ Diagnóstico y progresos y pronósticos del tratamiento	☐ 4 años previos con los resultados de los exámenes más recientes
☐ Resultados de tratamiento previo	☐ Desde el nacimiento
☐ Información compartida durante la reunión inicial del equipo y reuniones familiares iniciales y todas las subsiguientes o conferencias de planificación de caso	☐ Otro
☐ Resumen (incluye carátula del expediente clínico, antecedentes y notas físicas, de consultas, operativas, registro de emergencias, exámenes de laboratorio, radiología, electrocardiogramas, informes, patología, terapia física y de rehabilitación)	
☐ Otro: _____	

El propósito o motivo para revelarla es: (Opcional). Si no se menciona un propósito, se presumen todos los propósitos legales)

Leer antes de firmar:

Comprendo que la información cuya divulgación he autorizado será utilizada para el/los fin(es) declarados. Reconozco que es mi responsabilidad ser conciente de cualquier derecho de confidencialidad que yo pudiera tener con respecto a la información que estoy haciendo pública y que al firmar este consentimiento estoy renunciando a mis derechos, si los hubiere, de confidencialidad para fines que he aprobado.

Si he autorizado revelar la información a una persona o agencia que proporciona servicios bajo contrato con el DCF, también he autorizado revelar la información a cualquier persona o agencia que proporciona ese servicio bajo el subcontrato.

Este consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento previo a cualquier medida que se haya tomado al respecto.

A menos que sea revocado de otra manera, esta autorización vencerá en la siguiente fecha o evento: _____

Si no se especifica una fecha o evento de vencimiento, esta autorización vencerá a los 180 días a partir de la fecha de firma.

Firma de la(s) persona(s) que proporciona el consentimiento: _____

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____

Relación con la persona cuya información está siendo revelada _____

