

CHILD AND FAMILY CONNECTIONS

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Apellido, nombre e inicial de segundo nombre del niño _____

Fecha de nacimiento del niño (Mes/Día/Año) _____

Nº de identificación del participante de Cornerstone _____ N° de CBO/EI _____

Yo autorizo que Child and Family Connections oficina comparta u obtenga la información siguiente: COMPARTIR OBTENER

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Información específica a compartir si está disponible

Obtener	Compartir	Clase de información	Descripción (fechas límite, fecha de servicio)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes sobre el desarrollo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes de terapia ocupacional	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes de terapia física	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes del habla o el lenguaje	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes audiológicos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes de la visión	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informes médicos, diagnósticos, recetas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elegibilidad para el programa y situación financiera	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de elegibilidad para fuente de referencia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra	

Esta información se necesita para el (los) siguiente(s) propósito(s): (marque todos que sean relevantes)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Establecer elegibilidad para Intervención Temprana | <input type="checkbox"/> Coordinar, vigilar e implementar servicios de EI |
| <input type="checkbox"/> Desarrollar un Plan Individualizado de Servicios para la Familia | <input type="checkbox"/> Facilitar una transición |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento, pago u operaciones de atención médica | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Esta autorización seguirá vigente hasta: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Yo comprendo que tengo el derecho a inspeccionar y hacer copias de la información que sea compartida. Comprendo que mi consentimiento se da en forma voluntaria y que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento haciendo un pedido por escrito a la oficina de CFC que aparece arriba, excepto hasta el grado en que ya se haya tomado acción con motivo de mi consentimiento. Comprendo que mi negación a dar el consentimiento para compartir información podría conllevar una o más de las siguientes consecuencias: incapacidad de establecer la elegibilidad para servicios de EI, desarrollar un IFSP, coordinar, vigilar o implementar servicios, o facilitar una transición.

Otras consecuencias: _____

Nombre del padre, de la madre o del tutor legal, en letra sencilla: _____

Firma del padre, de la madre o del tutor legal: _____ Fecha _____

Firma de testigo: _____ Fecha _____

<p><u>Aviso a la agencia o persona destinataria de la información:</u></p> <p>Bajo las provisiones de la Ley de Confidencialidad de Salud Mental y Discapacidades de Desarrollo de Illinois, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC 1232g, y <i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i> de 1996, la información recogida por la presente no puede compartirse nuevamente a menos que la persona que dio su consentimiento para esta autorización dé su consentimiento específico para tal acción o la misma sea permitida por la ley.</p>	<p><u>Envíe la información a:</u> (indique el nombre y la dirección)</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Nombre de oficina: _____</p> <p>Dirección postal: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p>
--	---