

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR EL FORMULARIO
AUTORIZACIÓN DE LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, _____, en mi nombre y / o mis hijos y / o pupilos (enumerados a continuación), autorizo el intercambio de información entre las agencias y las personas enumeradas en la página dos (2); Mi ejecución de este Consentimiento de divulgación libera a estas agencias e individuos de toda responsabilidad que surja de la divulgación y divulgación de dicha información y registros.

Escriba el nombre de cada hijo(a)	Fecha de Nacimiento

Autorizo (s) que la siguiente información confidencial sea divulgada y divulgada entre las agencias enumeradas en la página dos (2):

(Ponga sus iniciales en las descripciones de los artículos que correspondan)

_____ Información sobre bienestar infantil, por ejemplo, expediente de un trabajador social; informes de consultas médicas, psicológicas y educativas, informes judiciales, registros de renuncia y adopción.

_____ Información de justicia juvenil, por ejemplo, antecedentes penales y de arresto, antecedentes de libertad condicional, estudios sociales y clínicos, informes judiciales, antecedentes policiales en general.

_____ Información de salud mental, por ejemplo, informes de consejeros, diagnósticos psiquiátricos y psicológicos, informes y evaluaciones, y recomendaciones de tratamiento.

_____ Información educativa, por ejemplo, para incluir puntajes de exámenes estandarizados, calificaciones, boletas de calificaciones, asistencia, IEP, consejería, educación especial, discapacidad de aprendizaje y diagnósticos relacionados, expedientes e informes disciplinarios, de salud y trabajo social.

_____ Información médica, por ejemplo, registros e informes del historial del paciente, diagnósticos, evaluaciones, tratamiento, incluidos los relacionados con la discapacidad del desarrollo (con la excepción de la información relacionada con el VIH y el SIDA).

_____ Información sobre rehabilitación vocacional, por ejemplo, registros e informes de discapacidades, evaluaciones y recomendaciones.

_____ Información sobre abuso de alcohol y sustancias, por ejemplo, registros e informes de abuso de alcohol y / o sustancias.

_____ Otro: _____

_____ **REGISTROS QUE NO DEBEN SER PUBLICADOS** (identifique el registro y un rango de fechas si corresponde): _____

Entiendo que la información y los registros que autorizo a divulgar están protegidos por las regulaciones federales y estatales que rigen la confidencialidad, incluidas, entre otras, 42 CFR parte 2, 45 CFR Parte 160, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito, a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. Entiendo que ninguna de las agencias enumeradas en este documento puede condicionar mi tratamiento a si firmo o no este formulario.

Las siguientes agencias pueden participar y están incluidas en la autorización

Colorado Healthy Partnership (funding source for Mental Health)	Gunnison – Hinsdale County Health and Human Services
Division of Youth Services	Gunnison Watershed RE-1-J School District
Gunnison County Juvenile Services	Gunnison County Attorney
Gunnison County Sheriff's Office	Midwestern Colorado Mental Health Center
Gunnison Valley Mentors	7th Judicial District Probation
Gunnison Police Department	7th Judicial District Attorney's Office
Gunnison Valley Health	Other:
	Other:

Propósito del consentimiento para la divulgación: Este consentimiento para la divulgación tiene el propósito de permitir la divulgación de información crítica para permitir que ciertas agencias coordinen y gestionen la prestación de servicios a los niños y las familias que se beneficiarían de los servicios integrados de varias agencias. Este Consentimiento de divulgación autoriza el intercambio de información entre las entidades enumeradas, muchas de las cuales están autorizadas para ver dicha información de conformidad con la ley estatal o federal aplicable.

Este consentimiento para la divulgación finaliza automáticamente un año a partir de la fecha en que firmo este formulario, o cuando ya no sea necesario compartir información para administrar o brindar servicios a mí, a mis hijos o bajo tutela, o cuando revoque mi consentimiento, lo que ocurra primero, excepto en la medida en que el programa o la persona autorizada para hacer la divulgación ya haya actuado basándose en este consentimiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento firmando la declaración de revocación a continuación y proporcionando este documento a las agencias enumeradas en este Consentimiento de divulgación. Las agencias y proveedores que se enumeran en este Consentimiento de divulgación y solicitan información en virtud de este comunicado pueden utilizar una copia o fax (FAX) de este formulario en lugar del formulario de consentimiento original firmado. Estoy de acuerdo en que esta información se puede volver a divulgar a todas las agencias enumeradas si es necesario para cumplir con el propósito del Consentimiento de divulgación y entiendo la posibilidad de que esta nueva divulgación pueda significar que la información o los registros ya no están protegidos por HIPAA.

Se me ha explicado este Consentimiento de Liberación. Lo he leído (o me lo han leído) y entiendo sus disposiciones. Se me ha dado una cantidad de tiempo razonable para hacer preguntas y considerar si permitir o no compartir esta información. Por la presente, acepto voluntariamente compartir la información descrita anteriormente. He recibido una copia de este Consentimiento de divulgación.

Fecha: _____

 (Firma del padre, guardián o persona autorizada)

También conocido como; _____

Fecha de Nacimiento: _____

 (Firma del padre, guardián o persona autorizada)

También conocido como; _____

Fecha de Nacimiento: _____

 (Persona facilitadora de esta Autorización)

 (Título y agencia u organización)

NOTA: Si usted decide modificar o remover la divulgación de este consentimiento, tiene que firmar en la parte de abajo y proveerlo a la agencia o agencias correspondientes.

Por el presente revoco este consentimiento de divulgación

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Fecha: _____