



Clínica de Atención Psicológica del Niño
Divulgación de información/Formulario de consentimiento

Asunto: _____
Nombre del niño Número de Seguro Social Fecha de nacimiento

Este consentimiento autoriza al personal de St. Mary's Center for Children para
_____ obtener _____ pedir o entregar expedientes a:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono/No. de fax: _____

Se ha de obtener, pedir o entregar la información siguiente o el expediente que contiene:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informe de pruebas psicológicas o de otro tipo | <input type="checkbox"/> Notas de evolución médica o de la terapia |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de la escuela y expediente escolar o de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Resumen clínico |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes sociales pertinentes | <input type="checkbox"/> Historial médico |
| <input type="checkbox"/> Otra información o expedientes, a saber: _____ | |

La divulgación o el intercambio de información:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Los piden el interesado o sus padres | <input type="checkbox"/> Son para el tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Son información adicional para la evaluación | <input type="checkbox"/> Son para otro propósito, a saber: _____ |

Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello deberé enviar notificación por escrito a St. Mary's Center for Children a la dirección que figura en este documento. Tengo presente que dicha revocación no aplicará a la información ya obtenida o divulgada estando vigente esta autorización. La revocación no tendrá validez si la autorización se obtuvo como condición del seguro para cubrir mis gastos y el seguro tiene derecho legal para disputar un reclamo.

Entiendo que, en la mayoría de los casos, el proveedor de atención psicológica o psiquiátrica no puede imponer como condición que el paciente firme un formulario de autorización, salvo que provea el servicio con el fin de coleccionar información sobre la salud para un tercero. Entiendo que esta información se utilizará únicamente con fines profesionales, que se guardará confidencialmente, y que no se le podrá divulgar a terceros salvo en la medida en que lo permita la ley de HIPAA (ley federal que protege la información sobre su salud). Permito que esta autorización permanezca en vigencia por un plazo no mayor de un (1) año. Entiendo que una copia de esta autorización tiene la misma vigencia que el documento original. Entiendo que la información que se utilice o divulgue a terceros mediante esta autorización podría ser a su vez utilizada o divulgada, en cuyo caso ya no estaría protegida por el Reglamento de Privacidad de HIPAA.

Firma del cliente o del padre, tutor legal o representante*

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Testigo

Fecha

*Si el que firma es el representante, deberá incluir una explicación de la autoridad que tiene para actuar en nombre del paciente.

7992-111 07/10