

Hartford Nurturing Families Network
Autorización para ofrecer/dar información

Nombre de Padre/Madre: _____

Nombre de Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento del Padre/Madre: _____

Fecha de Nacimiento del Niño(a): _____

Dirección actual: _____

Fecha del parto y Hospital: _____

Teléfono del Padre/Madre: _____

Nº de Expediente (Si se sabe): _____

Otra forma de identificación de Padre/Madre: (ej., # S.S.)

Yo, _____, autorizo a _____
(Nombre de la agencia, organización o institución)

Para que OFREZCA la siguiente información a:

Para que OBTENGA la siguiente información de:

(Nombre y dirección de la agencia, organización o institución)

Yo autorizo que se comparta la siguiente información:

Toda información médica respecto al embarazo, el cuidado prenatal y el parto de los/as niños/as mencionadas en este documento

Cumplimiento/incumplimiento dentro de la Red de Familias Sustentadoras de Hartford y programas afiliados

Información relacionada con tratamiento de alcohol y/o drogas

Información relacionada con VIH/SIDA

Registros psiquiátricos, psicológicos u otros servicios de orientación

Otro (especifique):

Descripción de la razón y los propósitos de esta autorización (cualquier otro uso está prohibido):

Fecha o evento de vencimiento:

1. Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento al dar aviso por escrito al proveedor. Comprendo que es posible que no pueda cancelar esta Autorización si el proveedor hubiese tomado acción basándose en esta Autorización, o si la Autorización se hubiese obtenido como una condición para la obtención de cobertura de seguro.

2. Comprendo que el proveedor no exigirá que yo firme esta Autorización como condición para ofrecer tratamientos, pagos, inscripción o elegibilidad para beneficios. Reconozco que estoy firmando esta Autorización libremente, y que nadie me ha presionado para que la firme.

3. Comprendo que la información de salud que protege esta Autorización podrá ser compartida nuevamente por quien la reciba y dejará de estar protegida bajo los Reglamentos Federales de Privacidad.

4. Comprendo que si la información de salud que protege esta Autorización es relacionada con VIH/AIDS o alcohol y drogas, quien la reciba no podrá compartir esta información con nadie más bajo las Leyes del Estado de Connecticut.

5. Reconozco que he revisado esta Autorización cuidadosamente y comprendo su contenido. Se me entregará una copia de esta Autorización.

6. Se considerará que una copia de esta Autorización tendrá la misma efectividad que un original.

Firma del Cliente o Representante Autorizado

Firma de Personal Autorizado de la Agencia

Fecha: _____

Fecha: _____