

Solicitud de información protegida (Salud) de Early On

Información del niño

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Nombre de padre/madre/tutor:

Propósito

El propósito de esta solicitud es recopilar la información necesaria para determinar la elegibilidad de su hijo para *Early On*, y para planificar y proporcionar los servicios según lo determinado a través del proceso del equipo multidisciplinario.

Proveedor(es) médico(s) autorizado(s) a compartir información con *Early On*

El/los proveedor(es) médico(s) indicado(s) a continuación tiene(n) permiso para compartir la información específica indicada sobre mi hijo.

Proveedor médico	Información específica a compartir con <i>Early On</i>

Autorización

Mi firma a continuación significa que entiendo que:

- Mi autorización para permitir que se comparta información sobre mi hijo es voluntaria y expira al salir de *Early On* o cuando mi hijo cumpla tres años.
- Al colocar mis iniciales aquí, permito que la información relativa a los servicios de salud mental y del comportamiento o a enfermedades contagiosas como las enfermedades de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana (infección por VIH, síndrome de deficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA) se comparta. Lo mismo sucede si incluyo este tipo de información más arriba.
- La información recibida en virtud de esta autorización pasa a formar parte del expediente educativo del niño, está protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) y dejará de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
- La información puede ser divulgada de nuevo por *Early On* como parte del expediente educativo protegido por FERPA.
- Puedo negarme a firmar esta autorización.
 - La negativa a firmar puede afectar a la capacidad de *Early On* de obtener la información necesaria para demostrar que mi hijo cumple los criterios de elegibilidad para *Early On*.
 - Si se determina que mi hijo reúne los requisitos para *Early On*, la negativa a firmar esta autorización no afectará mi capacidad para obtener los servicios de *Early On*. Sin embargo, la información obtenida puede ayudar a proporcionar servicios individualizados para mi hijo.
- Puedo revocar o cancelar el consentimiento en cualquier momento, sin penalización alguna, con una notificación por escrito a *Early On*. La información que ya se ha compartido sobre la base de esta autorización no puede retirarse.

He leído y comprendo este formulario de autorización (o me lo han leído en un idioma que comprendo) y:

Autorizo al proveedor médico arriba mencionado o a la persona designada a entablar comunicación verbal, escrita o electrónica con el fin de compartir expedientes e información específicos.

O

No deseo que se divulgue ninguna información en este momento.

Firma de padre/madre/tutor:

Relación con el niño:

Fecha: