**Autorización para divulgar información médica**

Completar este formulario otorga autorización al programa de CASA indicado a continuación para revisar la información médica que usted acepte que se le divulgue. Lea todo el formulario antes de firmar.

Nombre completo: Click or tap here to enter text.

Dirección: Click or tap here to enter text.

Otros nombres: Click or tap here to enter text.

Fecha de nacimiento: Click or tap here to enter text.

Teléfono: Click or tap here to enter text.

Correo electrónico:Click or tap here to enter text.

Relación con el o los niños: Click or tap here to enter text.

Yo, Click or tap here to enter text.autorizo a Click or tap here to enter text.(nombre del programa de CASA), su personal y los voluntarios asignados a mi caso a obtener mis registros médicos según lo indicado por medio de mis elecciones indicadas a continuación. Entiendo que la divulgación de mi información médica tiene como propósito limitado el de permitirle al programa de CASA mencionado anteriormente hacer recomendaciones orales y escritas al tribunal en beneficio del niño, de conformidad con la orden del tribunal en la que nombra a CASA con este fin.

Autorizo a la siguiente persona, organización o proveedor de atención médica a revelar o divulgar electrónicamente mi información médica protegida al programa de CASA estipulado con anterioridad. La divulgación queda limitada a las opciones seleccionadas a continuación.

Persona, organización o proveedor de atención médica Click or tap here to enter text.

Dirección Click or tap here to enter text.

Teléfono Click or tap here to enter text.Correo electrónico Click or tap here to enter text.

Autorizo la divulgación de la siguiente información según lo indicado por la marca de verificación al lado de mis elecciones:

[ ]  Toda mi información médica

[ ]  Órdenes médicas

[ ]  Registros y notas de progreso

[ ]  Informes de evaluación o diagnóstico y de laboratorio

[ ]  Medicamentos pasados y actuales

[ ]  Evaluaciones psicológicas o psiquiátricas

[ ]  Registros educativos (padres o cuidador)

[ ]  Registros de vigilancia de adultos sujetos a condena condicional

[ ]  Registros penales (a menos que haya una investigación o acusación penal en curso)

[ ]  Otro Click or tap here to enter text.

Autorizo a divulgar la siguiente información según lo indicado por mis iniciales a continuación:

\_\_\_\_\_Registros de salud mental (excepto notas de psicoterapia)

\_\_\_\_\_Registros de consumo de drogas, alcohol y sustancias (autorización y consentimiento para el uso de estos registros en procesos judiciales entre el Departamento de Servicios para la Familia y de Protección [DFPS] y la persona, o el padre o la madre)

**Vigencia.** Entiendo que esta Autorización para divulgar información médica permanecerá vigente hasta que concluya el nombramiento judicial de CASA o hasta que revoque la Autorización por escrito.

**Derecho de revocación**. Entiendo que puedo retirar esta Autorización en cualquier momento previo aviso por escrito a CASA en el que indique mi intención de revocarla. Entiendo que la revocación se aplica a divulgaciones a partir de la fecha de entrada en vigencia de la revocación por escrito en adelante. Acepto y reconozco que no se verá afectada toda acción previa de CASA y las entidades informantes que se basen en esta autorización.

He leído y comprendo este formulario, y acepto el uso y la divulgación de la información según lo descrito.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

**Revocación o retirada de la autorización para divulgar información**

Fecha de revocación o retirada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora de revocación o retirada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona que solicita la revocación o retirada:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta Firma