**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el o los niños: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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