

SERVICIOS DE SALUD DEL CONDADO DE DESCHUTES - PROGRAMA DE DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO
AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
2577 NE Courtney Dr., Bend, OR 97701 Número Telefónico: 541-322-7554 Fax: 541-330-4636

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de soltera y/u otros nombres utilizados: _____

Autorizo a las personas o agencias marcadas a continuación a divulgar e intercambiar con el Programa de Servicios de Salud del Condado de Deschutes/Programa de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo, Información de Salud Protegida (PHI) sobre el cliente con el propósito de planificar, coordinar, proporcionar o monitorear servicios para mí o mi familia, y para cualquiera de los siguientes otros propósitos especificados a continuación: _____

☐	COPA
☐	BMC/Summit Medical Mosaic
☐	St. Charles Medical Center
☐	PEDAL Clinic
☐	mindsights
☐	Otros Proveedores Médicos:
	Por favor liste:
☒	Padre(s)
☒	Mikala Saccoman, PhD
☒	Claire Oxtoby, PhD

☒	Distrito escolar
☒	Department of Human Services (DHS)
	Self-Sufficiency Program (AFS)
	Child Welfare Services
	Seniors & People with Disabilities (SPD)
	Servicios de Voluntariado
	Rehabilitación Vocacional
☐	
☐	
☐	
☐	

Entiendo y estoy de acuerdo que los tipos de información marcados a continuación se pueden divulgar/intercambiar:

- | | |
|---|--|
| ☒ DD Declaración de Elegibilidad | ☒ Planes de Servicio Individual (ISPs) y documentos de soporte |
| ☒ Plan del Manejo del caso | ☒ Planes de apoyo a niños y familias |
| ☒ Notas de progreso (especifique fechas: _____) | ☒ Evaluación(es) cognitivas y adaptativas |
| ☒ Pruebas psicológicas | ☐ _____ |
| ☒ Planes de Educación Individualizados (IEPs) | ☐ _____ |

Entiendo y estoy de acuerdo en que los siguientes tipos de información también se pueden divulgar o intercambiar, pero SOLO si coloco mis iniciales en el espacio junto a la información:

Registros psiquiátricos/de salud mental: _____ Información de Prueba Genética: _____
VIH/SIDA: _____ Diagnósticos de drogas/alcohol, tratamiento, referencia _____ M/Mes D/Día Y/Año

RECONOCIMIENTO	Entiendo que esta autorización es válida por un año, a menos que se especifique lo contrario. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación de cancelación escrita a los titulares identificados anteriormente. Dicha cancelación no afectará a ninguna información que ya haya sido divulgada. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario.
	Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada de nuevo por el recipiente y ya no está protegida bajo la ley federal o estatal, EXCEPTO QUE se prohíbe la divulgación por parte del receptor de información relacionada con el VIH/SIDA, salud mental, tratamiento de alcohol o drogas o información de pruebas genéticas sin mi autorización a menos que lo permita la ley federal o estatal.
	Entiendo que la información personal de salud del Cliente es confidencial y puede estar protegida por las leyes estatales y federales, y apruebo la divulgación de información personal de salud del Cliente de acuerdo con esta autorización. Estoy firmando esta autorización en forma voluntaria y no bajo presión o coerción.
	Confirmando que se me ofreció una copia de este formulario, y que se me ha proporcionado una copia de las "Prácticas de Privacidad" del Condado de Deschutes.

Firma _____ Fecha _____ Testigo _____ Fecha _____

Relación del firmante con el cliente: ☐ Cliente ☐ Padre del menor ☐ Tutor Legal* *El papeleo legal de tutela en el archivo del cliente; se proporcionará a petición".

INITIATING AGENCY

To those receiving information under this authorization: This information disclosed to you is protected by state and federal law. You are not authorized to release it to any agency or person not listed on this form without specific written consent of the person to whom it pertains unless authorized by other applicable laws. This is a true copy of the original authorization document _____ Date: _____

(Agency staff person)