



## PEDIATRIC SPEECH THERAPY

### Autorización para la Divulgación de Información

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_

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

“Yo autorizo a Voz Speech Therapy a mandar o recibir (circule uno) la siguiente información:”

- Historial medico y evaluaciones
- Mitas del desarrollo social
- Expedientes escolares
- Resumen de progreso, metas de terapia y el resumen de alta
- Otro: \_\_\_\_\_

Para o de parte de: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_

La información sera utilizada para lo siguiente:

- Crear un plan de tratamiento
- Continuar un plan de tratamiento
- Determinar elegibilidad
- Revisión de caso

“Entiendo que esta información puede estar protegida por el Título 42 (Código de Reglas Federales de Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable, Partes 160 y 164) y el Título 45 (Reglas Federales de Confidencialidad de Registros de Paciente por Abuso de Alcohol y Drogas, Capítulo 1, Parte 2), más las leyes estatales aplicables. Además, entiendo que la información divulgada al destinatario puede no estar protegida según estas pautas si no es un proveedor de atención médica cubierto por las normas estatales o federales.

Entiendo que esta autorización es voluntaria, y puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito, y después (algunos estados varían, generalmente 1 año), este consentimiento expira automáticamente. Me han informado qué información se dará, su propósito y quién recibirá la información. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a negarme a firmar esta autorización.

Si usted es el tutor legal o el representante designado por el tribunal para el cliente, adjunte una copia de esta autorización para recibir esta información de salud protegida.”

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha