

Familias Saludables Oregon

Autorización para proveer información

Yo, _____, solicito la siguiente información de mi o mis hijo/s

(Nombre): _____
(Nombre de niño) _____ (Nombre de niño) _____

Sea compartida entre _____ (Familias Saludables Oregon nombre del empleado) _____

Y: _____ (Agencia y/o Individuo)

Información específica que se va a compartir:

Con el objetivo específico de:

SI usted está de acuerdo en compartir cualquier de los siguientes puntos de salud, por favor marque y ponga sus iniciales en las casillas.

- SI** _____ Diagnósticos médicos, tratamientos, planes de cuidado y otros diagnósticos.
(Iniciales)
- SI** _____ Salud Mental
(Iniciales)
- SI** _____ alcohol/drogas uso o tratamiento
(Iniciales)
- SI** _____ HIV/SIDA
(Iniciales)

Fecha que inicia ____/____/____

Fecha que termina ____/____/____
(Que no se extienda más de un año)

Yo entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Yo entiendo que con dicha cancelación no afectara la información que fue autorizada antes de la cancelación. Yo entiendo que la información sobre mí, mis hijos o familia es confidencial y protegida por el estado y la ley federal. Yo apruebo que la información sea dada. Yo estoy firmando por mi propia voluntad y no he sido presionado/a para hacerlo.

Nombre: _____ Firma: _____

Si desea impedir el cambio de información entre agencias mencionadas anteriormente, por favor firme aquí.

Fecha para retirar el permiso: ____/____/____ Firma: _____