

**Autorización para Recopilar y  
Divulgar/Intercambiar Información Médica**

Fecha de Autorización:			
Nombre del Cliente:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:		Correo Electrónico:	

Por medio de mi firma en este documento autorizo a **Children's Services Council of Palm Beach County (CSC)**, a sus **entidades cofinanciadoras** y a sus **Proveedores de Servicio contratados** para recopilar, usar, y proporcionar mi información médica protegida o la información de mi hijo(a) menor de edad, mencionado(a) a continuación o que nazca dentro del año de firmado el presente formulario, incluyendo cualquier expediente sobre abuso de alcohol o sustancias, con propósitos de tratamiento, pagos, funcionamiento, investigación y/o evaluación.

Esta autorización **no tiene validez** en los siguientes:

- Expedientes de VIH - (incluye resultados de pruebas de VIH) y enfermedades de transmisión sexual
- Expedientes de psicoterapia

Entiendo que tengo el derecho a:

- Anular esta autorización en cualquier momento, siempre y cuando lo haga por escrito
- Tener la oportunidad de hacer preguntas
- Recibir una copia firmada de esta Autorización
- Inspeccionar la copia de mi información de salud médica protegida a ser usada o divulgada en conformidad con esta Autorización

Entiendo que la firma de esta Autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Mi negativa a firmar no afectaría mi elegibilidad para recibir servicios, beneficios o matrícula, pagos por, cubierta de servicios, o la habilidad de recibir tratamiento, excepto según se indique en este formulario.

Entiendo que puedo anular esta Autorización en cualquier momento notificando a CSC por escrito. Sin embargo, también entiendo que dicha anulación no tendría ningún efecto en cualquier información que ya haya sido usada o divulgada por CSC antes de haber recibido mi nota de anulación escrita. Esta autorización no tiene fecha de expiración puesto que la información recopilada se usará para investigación y evaluación, incluyendo la creación y mantenimiento de una base de datos de investigaciones o como archivo de investigaciones.

Entiendo que la información divulgada de acuerdo a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por su destinatario, y que ya no estaría protegida por la ley de privacidad federal o estatal.



Entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir de CSC un Aviso Sobre Prácticas de Privacidad.

Entiendo que para poder recibir tratamiento de CSC, no estoy obligado a firmar este formulario de Autorización.

_____ Firma del Participante	_____ Nombre del Participante (Letra de molde)	_____ Fecha
---------------------------------	--	----------------

_____ Firma del Participante	_____ Nombre del Participante (Letra de molde)	_____ Fecha
---------------------------------	--	----------------

***Para menores de 18 años:***

_____ Nombre del Niño(a)	_____ Nombre del Niño(a)
-----------------------------	-----------------------------

_____ Nombre del Niño(a)	_____ Nombre del Niño(a)
-----------------------------	-----------------------------

_____ Nombre del Niño(a)	_____ Nombre del Niño(a)
-----------------------------	-----------------------------

_____ Nombre del Niño(a)	_____ Nombre del Niño(a)
-----------------------------	-----------------------------

_____ Nombre del Niño(a)	_____ Nombre del Niño(a)
-----------------------------	-----------------------------

_____ Firma del Padre o Tutor	_____ Nombre del Padre o Tutor (Letra de molde)	_____ Fecha
----------------------------------	---	----------------