



La autorización para divulgar y recibir información confidencial de atención médica

Nombre del/de la cliente: _____ La fecha de nacimiento: _____ Mejor número de teléfono de contacto: _____
La dirección: _____ Estado: _____ El código postal _____

Autorizo por este intermedio a Sheila C, Johnson Center (SJC), en la Universidad de Virginia para que divulgar y/o recibir:

Copias de registros de salud (seleccione todos los que apliquen):

- | | | |
|--|---|--|
| Información audiológica | Documentación clínica psicológica | Opiniones de una terapeuta/la escuela/un maestro |
| Información de audífonos | Resumen de admisión/alta | Registros de asistencia |
| Evaluación de lectura de McGuffey | El expediente académico | Archivos disciplinarios |
| Documentación de lectura de McGuffey | El boletín de calificaciones | Inventario de Comportamientos |
| Evaluación del habla y el lenguaje | Resultados de los exámenes estandarizados | Otro: _____ |
| Documentación clínica del habla y del lenguaje | Educación Especial/Registros de 504 | Otro: _____ |
| Pruebas psicológicas/educativas | | Otro: _____ |

Exclusiones (si es aplicable): _____

Entiendo que estoy dando mi permiso para divulgar información en mi registro de salud que puede incluir información relacionada con el tratamiento psiquiátrico, tratamiento de drogas/alcohol, pruebas de SIDA/VIH o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, a menos que se indique en las siguientes instrucciones:

La autorización para la divulgación de información **de SJC a: (identificar la organización)**

Nombre (Médico, hospital, agencia, organización, individuo, etc.): _____
Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono (de organización): _____ El fax: _____ El firmante pone sus iniciales en la solicitud: _____

La autorización para la divulgación de información **de (identificar la organización) a SJC**

Nombre (Médico, hospital, agencia, organización, individuo, etc.): _____

Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono (de organización): _____ El fax: _____ El/la firmante pone sus iniciales en la solicitud: _____

Propósito de la divulgación: Personal El seguro El/la representante legal Compensación de trabajador
Otro _____

Autorizo por este intermedio la divulgación de la información de salud del cliente mencionado anteriormente. Esta autorización es válida durante 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo cancelar esta solicitud con notificación por escrito, pero que no afectará ninguna información divulgada antes de la notificación de cancelación. Entiendo que la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de la persona o instalación que la recibe y entonces ya no estaría protegida por las regulaciones federales. Entiendo que el Sheila C. Johnson Center no puede condicionar su prestación de atención médica a que se divulguen o no las copias a individuos u organizaciones según lo solicitado.

Firma de cliente o representante legal (no se acepta firma electrónica) _____ Fecha _____
Si se completa en OnPatient, se acepta una firma electrónica. El ID de usuario y la contraseña de OnPatient sirven como firma.

Si no soy el/la cliente y estoy firmando como representante legal (autorizado) del cliente, atestigo que el cliente carece de la capacidad para tomar la decisión de liberar el registro de salud como se especificó anteriormente.

Representante autorizado del cliente (no se acepta firma electrónica) _____ Fecha _____
Si se completa en OnPatient, se acepta una firma electrónica. El ID de usuario y la contraseña de OnPatient sirven como firma.

*** No debe incluirse en el conjunto de registros de la UVa designación de atención médica ***
