Southwest Developmental Services, Inc.

"Helping Kansans with developmental disabilities access quality community services"

Autorización para el uso de información privada de la salud

Information del interesado:
Nombre:_____Fecha de Nacimiento _____
Direction:_____Tele:_____
Cuidad /Estado /Codigo Postal:_____NSS: _____

La informacion puede ser compartida de parte / para:
Nombre/ agencia:
_____
Direccion:_____tele:_____
Cuidad/Estado/codigo postal:_____Fax: _____

Agencia autorizada para recibir informacion:
Name: Southwest Developmental Services, Inc. (SDSI)
Address: 1037 Sheridan St., Suite A Phone: (620) 793-7604
City/State/Zip: Great Bend, KS 67530 Fax: (620) 793-7906

El proposito o necesidad de esta informacion es : (Iniciales del individuo/ representante)
_____ Determinacion de elegibilidad para los servicios basicos de comunidad y hogar para discapacitados inteletual/desarrollo del estado de Kansas
Otro: _____
Informacion autorizada va a ser usada: (Iniciales en todas las que aplique)
_____ Resumed de Diagnostico
_____ Plan de educación individual /504 Plan/Evaluaciones
_____ Plan de Tratamiento
_____ Evaluación psicológica/Evaluación IQ
_____ Diagnostico Medico
_____ Otro: _____

Mis iniciales autorizan el uso o revelación de datos contendiendo la informacion que abajo sé describe si vienen adjunto entre esta autorización. (iniciales del individuo/representante a todas las que aplica)

_____ *Yo entendió que mi expediente es protegido por regulaciones federales que gobiernan la seguridad de los registros de pacientes de abuso de alcohol y drogas 42 C.F.R Parte 2, y no pueden ser divulgados sin mi consentimiento por escrito con excepción de lo previsto en la normativa.
_____ *Yo entiendo que esto puede incluir informacion relacionada con el diagnóstico y tratamiento de alcohol, mental, u otra dependencia de drogas o condiciones emocionales, aparte de notas grabadas por un profesional de la salud mental o el análisis de una conversación durante una sesión de asesoramiento proporcionado dichas nota se mantiene por separado (a menos que esta autorización se refiere específicamente a las notas de psicoterapia.
_____ * Yo entiendo que esto puede incluir información relacionada con prueba de VIH, estatus de VIH, o SIDA. Yo entiendo que dicha información es sujeta a protección especial siguiendo los reglamentos estatales y federales.

Comunicación Verbal: (Iniciales del individuo/represéntate legal)
_____ *Yo autorizo comunicación verbal con la entidad que figura arriba con el fin de comunicarse acerca de la información recibida.

Fecha que expira: (Iniciales de individuo/ representante legal)
Esta autorización expira:_____(un año de la fecha firmada)
_____ *Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito, ya sea por correo o entrega personal a SDSI, salvo en la medida en que se han tomado medidas de seguridad sobre ello, o salvo que se indique lo contrario.

Nombre Impreso del Individuo	**Firma del Individuo**	**Fecha**
Nombre Impreso del Representante	**Relación con el Individuo**	**Fecha**

Direccion y número telefónico del representante

Firma del Testigo	**Nombre Impreso**	**Fecha**