



“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: _____
Ciudad /Estado /Codigo Postal: _____ NSS: _____

La información puede ser compartida de parte / para:

Nombre/ agencia: _____
Dirección: _____ tele: _____
Ciudad/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 intelectual/desarrollo del estado de Kansas

Otro: _____

Informacion autorizada va a ser usada: (Iniciales en todas las que aplique)

_____ Resumed de Diagnostico _____ Evaluación psicológica/Evaluación IQ
_____ Plan de educación individual /504 Plan/Evaluaciones _____ Diagnostico Medico
_____ Plan de Tratamiento _____ Otro: _____

Mis iniciales autorizan el uso o revelación de datos conteniendo 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/representante 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**

Dirección y número telefónico del representante

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