

AUTORIZACION PARA OBTENER Y DIVULGAR INFORMACION CONFIDENCIAL

Para poder proveer una evaluación exhaustiva de su hijo y poder rastrear la autorización del subsidio, es beneficioso compartir la información pertinente entre _____ y los siguientes: médicos, psicólogo, hospitales, clínicas, agencias de salud mental, oficinas de Médicos, trabajador de caso, terapeuta del habla, terapeuta físico y DSHS. Por lo tanto, por medio de esta autorizo el intercambio de documentos pertinentes, educativos, psicológicos o médicos según se indique abajo acerca del cliente que se nombra en la siguiente con el entendimiento que esta información no se transmitirá a un tercer partido sin mi consentimiento. Nota: Toda la información que reciba _____ se mantendrá en el archivo del cliente y estará disponible para su inspección y revisión de acuerdo a los requisitos del Acta sobre los Derechos Familiares y Privacidad de 1974.

Nombre del Cliente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Maestro: _____

Nombre Cuidado Infantil Familiar (FCC): _____ Nombre de Agencia: _____

FCC Dirección _____ Dirección: _____

FCC Ciudad, Estado, Código Y Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

FCC Número de teléfono

FCC Número de fax

Por favor revise lo siguiente: _____ Solicitud de Documentos

_____ Solicitud de Documentos _____

_____ Intercambio por teléfono

_____ Permiso por _____

Firmado: _____ Fecha: _____

Dirección: _____
