Department of Health & Human Services
DHHS
NEBRASKA

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
Early Development Network (Red de Desarrollo Temprano)

Autorización para la divulgación/petición de información

Early Development Network
Getting Families Connected

Agencia que da inicio	Persona de contacto

Dirección de la agencia	Teléfono

Nombre completo del menor

No. de Seguro Social del menor	Fecha de nacimiento

Doy mi consentimiento, como padre/tutor del menor, a que las agencias identificadas a continuación divulguen la información que he indicado con mis iniciales:

Iniciales	**Tipo de información**
	Información de salud, especifique:
	Informes de diagnóstico/terapéuticos, especifique:
	Registros educacionales, especifique:
	Registros de Intervención Temprana, especifique:
	Otra información, especifique:

A continuación aparece una lista de agencias que prestan servicios a menores con necesidades especiales y a sus familias. El propósito de este intercambio de información es ayudar a coordinar los servicios, proveer programas apropiados, y asegurar que mi hijo y mi familia obtengan servicios tan rápido como sea posible. Coloco mis iniciales junto a las agencias que deseo que divulguen la información que se identificó anteriormente.

Iniciales	**Agencia/programa**
	Distrito escolar, especifique:
	Hospital, especifique:
	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska
	Doctor/clínica, especifique
	Otro, especifique

Yo entiendo que:

1) Tengo el derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento;
2) Se puede revocar el consentimiento a la divulgación de información enviando una petición firmada a mi coordinador de servicios en la Red de Desarrollo Temprano al:

   _____

3) Tengo el derecho a inspeccionar y reproducir la información que se vaya a divulgar;
4) Firmar esta autorización no será una condición del tratamiento, el registro o la elegibilidad para los beneficios que provea el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska;
5) Si no consiento a divulgar la información, es posible que las agencias no podrían determinar cuáles son los mejores servicios disponibles para mi hijo y mi familia; y
6) Si la(s) persona(s)/organización(es) autorizada(s) para recibir la Información de Salud Personal de mi hijo no es(son) proveedores de planes de salud o de cuidado de salud, es posible que la información divulgada ya no sea protegida por las normas de privacidad federales. Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo la información en este formulario.

Firma del padre/tutor	Relación con el Menor	Fecha

Dirección física	Ciudad/Estado/Código Postal	Teléfono

A menos que se indique lo contrario, esta autorización es válida por un año desde_____ to_____.