

(Numero de Cliente)

Nombre de Cliente

Fecha de Nacimiento

Autoriza:

☐ Compartir con ☐ Obtener de ☐ Compartir mutuamente entre**FAMILY SERVICES OF NORTHEAST WI****P.O. BOX 22308****GREEN BAY, WI 54305-2308****Teléfono (920) 436-6800****Fax (920)432-5966**

Agencia/Programa/Persona

Domicilio/Ciudad/código postal

Telefónico

Fax

Yo entiendo que la información específica que será compartida incluye: Fechas de servicio incluyendo de: _____ a _____

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Registro de Salud Mental | ☐ Reportes Psiquiátricos | ☐ Reportes Psicológicos |
| ☐ Evaluación y Tratamiento de Alcohol o Drogas | ☐ Registro Medico | ☐ Reportes de equipo multidisciplinario |
| ☐ Resumen/Plan de Descontinuación | ☐ Registro escolar incluyendo asistencia | |
| ☐ Asistir solamente a citas, proporcionar y recibir comentarios | ☐ Otro (especifique): _____ | |

Yo entiendo que la información compartida puede incluir referencia a/o tratamiento de **abuso de alcohol/drogas o información de salud mental/comportamiento**. En conformidad con los estatutos de Wisconsin cuales requieren permiso especial para compartir la cual regularmente es información privilegiada, Por favor otorgue la información relacionada a: ☐ (información relacionada a SIDA/VIH) ☐ (Otro) _____

El propósito o necesidad para compartir esta información: (Marcar todo lo que aplique)

- ☐ Evaluación adicional, tratamiento o cuidado ☐ Investigación ☐ Coordinación de Cuidado
☐ Otro _____

Esta autorización incluye el consentimiento para compartir información en forma verbal de este registro: ☐ Si ☐ No
☐ Otro _____

Vencimiento de esta autorización: Si no previamente revocado, este consentimiento terminara **en un año o:**

- ☐ Después de que la información de arriba sea compartida ☐ En fecha especifica o evento _____.

Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que no es necesario firmar esta forma para recibir tratamiento.** También entiendo que tengo el derecho a inspeccionar y/o recibir una copia de la información siendo compartida. Entiendo que la información que yo autorice para ser compartida puede ser nuevamente compartida por el recipiente de los registros solo si la ley lo permite y que yo tengo el derecho de revocar esta autorización, en escrito en cualquier momento contactando a mi terapeuta o a medical records al (920)406-6800.

Al firmar esta forma, yo doy fe de que entiendo y estoy de acuerdo con el contenido de esta forma.

(Cliente)_____/_____/_____
(Fecha)_____
(Padre/ Guardián Legal / Representante Autorizado)_____/_____/_____
(Fecha)_____
(Testigo/Relación/Departamento)_____/_____/_____
(Date)

Instrucciones Para Completar la Autorización Para Compartir Información

1. Escriba numero de cliente
2. Escriba el nombre y fecha de nacimiento del cliente.
3. Marcar caja apropiada (indicando compartir con, obtener de, o compartir mutuamente).
4. Escriba nombre de agencia/persona quien va a recibir información de Family Services o quien compartirá información mutuamente con Family Services.
5. Especifique las fechas exactas (o un grupo de fechas).
6. Indique el tipo de información para compartir. Si se indica otro, describa en el espacio proveído.
7. Indique el propósito o razón por la cual se a de compartir la información solicitada. Si se indica otro, describa en el espacio proveído.
8. Indique si da permiso de verbalmente compartir la información especificada en el #6 arriba.
9. Si usted desea especificar una fecha en la cual se terminara el permiso para compartir información, indique la fecha al final del párrafo acerca revocación con un máximo de un año. Si no se indica fecha, el permiso para compartir información terminara un año después de la firma de la autorización.
10. La persona apropiadamente autorizada debe firmar y poner fecha en la autorización. Por favor revise las reglas para edad de consentimiento necesitada para firmar la autorización para compartir información.
11. El consentimiento para compartir información debe ser atestiguado y con fecha por el testigo al mismo tiempo que el #10 de arriba sea firmado.