

# Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud Autorización para la divulgación de registros

Objetivo: Como padre /guardián tiene el derecho de dar permiso o no para divulgar los registros de su hijo/a a otras personas o agencias. Este formulario le da la oportunidad de aprobar o no esta petición.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

YO AUTORIZO EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN VERBAL, ESCRITA, O ELECTRÓNICA ENTRE EL EQUIPO DE REFERIDOS DE AUTISMO PARA LA ESCUELA Y LA SALUD (SMART) Y LAS AGENCIAS/PERSONAS A CONTINUACIÓN. LOS REGISTROS QUE SERAN INTERCAMBIADOS INCLUYEN (marque todos que aplican):

- Información Médica /Salud
- Evaluación / Resultados de la Evaluación
- Información sobre Salud Mental
- Información del Desarrollo Actual
- Educativo (IEP / IFSP | Notas de Progreso)
- Otro (Especifique)

Equipo de Revisión de Autismo para la Escuela y la Salud (SMART)  
Llene la información del administrador del caso en el equipo SMART.

y

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Organización

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono/ Número de Fax

INDICAR EL PERIODO DE TIEMPO QUE APLICA:

\_\_\_\_\_ Esta autorización es válida por un año. Especifique la fecha en cual terminará \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Esta autorización es válida desde: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Entiendo que esta información será tratada de manera confidencial y entiendo que mi consentimiento para divulgar los registros es voluntario y puedo retirar mi consentimiento a cualquier momento por escrito. Si retiro mi consentimiento, no aplica a la información que ya se ha proporcionado bajo el consentimiento anterior.

\_\_\_\_\_  
Padres / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma