

**CONSENT TO RELEASE MEDICAL INFORMATION
REFERRAL TO A REGIONAL CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH
WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS (CYSHCN)**
(*See page 3 for list of Counties served by each Regional Center)

CHILD - DEMOGRAPHIC INFORMATION

Child's Full Name (First, MI, Last)		Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Home Address	City	County of Child's Residence	Zip Code
Parent/Guardian Name			Primary Language Spoken
Email Address	Primary Telephone No. ()	Other Telephone No. ()	

PROVIDER - REASON FOR REFERRAL (Check all that apply)

- Respite care
- Transition to adult care
- Health benefits counseling
- Family education/advocacy
- Transportation/meals/lodging for health care
- Special foods/formulas
- Education-related services
- Connection to Birth to 3 or Early Childhood Special Education
- Parent to Parent support
- Access to community resources (i.e., pediatric therapies, family support programs, summer camps)
- Parent concern (please specify)
- Special equipment (please specify)
- Information (please specify topic)
- Other:

PROVIDER - CONTACT INFORMATION

Medical Clinic		Primary Provider - Name	
Address	City	State	Zip Code
Email Address	Office Telephone No. ()	Office Fax ()	

Diagnosis or special need of child if known

REGIONAL CYSHCN CENTER REFERRAL RESPONSE (Check one)

- Family contacted and services provided
- Unable to contact family (reason): _____
- Family contacted and services declined
- Other comments: _____

PARENTS - CONSENT FOR RELEASE OF INFORMATION

I authorize the referring provider to disclose the information needed and indicated on this form to the Regional Center for Children and Youth with Special Health Care Needs to assist the Regional Center staff in accessing services and identifying resources for my child and family. By signing this form I:

- give permission for the providers listed above to share this information for the purposes of accessing services.
- can cancel this consent in writing at any time except for information already released as a result of this authorization. The written revocation must be given to the organization authorized to release the information.
- understand consent will end 1 year from the date I sign it.
- have the right to inspect, and upon paying applicable fees, obtain a copy of the disclosed records.
- understand the information I have authorized to be released may be redisclosed by the recipient of these records only if allowed by law. If information is disclosed, the recipient of the redisclosed information may be controlled by different laws.
- am not required to sign this authorization, it will not put my relationship with my child's health care provider at risk.

SIGNATURE -**Parent/Guardian

Date Signed

Print Name of Parent/Guardian	Indicate legal authority of person signing <input type="checkbox"/> Parent of Minor <input type="checkbox"/> Legal Guardian
-------------------------------	--

**If Parent/Guardian contact information is different from the child listed on this form, please provide a cell phone number and/or email address: Cell phone: Email Address:

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA
REFERENCIA A UN CENTRO REGIONAL PARA NIÑOS Y JÓVENES
CON NECESIDADES DE CUIDADO DE SALUD ESPECIALES (CYSHCN)
(*Consulte la página 4 para una lista de los condados atendidos por cada centro regional)**

NIÑO – INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre completo del niño (primer nombre, inicial, apellido)		Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección particular	Ciudad	Condado de residencia del niño	Código postal
Nombre del padre/tutor			Primer idioma
Dirección de correo electrónico (email)	Número de teléfono principal ()	Otro número de teléfono ()	

PROVEEDOR – MOTIVO PARA LA REFERENCIA (Marque todos los que correspondan)

- Cuidado de relevo Transición al cuidado de adultos Asesoramiento de los beneficios de salud Apoyo/educación a la familia
 Transporte /comidas/alojamiento de los servicios de cuidado de salud Alimentos/formulas especiales Servicios sobre la educación
 Conexión con el Birth to 3 Program o la Educación Especial de la Primera Infancia Apoyo de padres a padres
 Acceso a los recursos de la comunidad (es decir, terapias pediátricas, programas de apoyo a las familias, campamentos de verano)
 Preocupación(es) que tengan los padres (por favor, especifique)
 Equipos especiales (por favor, especifique)
 Información (por favor, especifique)
 Otro:

PROVEEDOR – DATOS

Clínica		Nombre del proveedor de cuidado principal	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (email)	Número de teléfono ()	Fax de la oficina ()	

Diagnóstico o necesidad especial del niño, si se sabe

RESPUESTA DEL CENTRO REGIONAL CYSHCN A LA REFERENCIA (Marque uno)

- Se contactó a la familia y se prestaron los servicios
 No se pudo contactar a la familia (motivo):
 Se contactó a la familia y los servicios fueron rechazados
 Otros comentarios:

PADRES - CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo autorizo al proveedor de la referencia a divulgar la información necesaria e indicada en este formulario al Centro Regional para niños y jóvenes con necesidades de cuidado de salud especiales para ayudar al personal del Centro Regional en acceder a los servicios e identificar los recursos para mi hijo y su familia. Al firmar este formulario yo:

- Doy permiso para que los proveedores indicados anteriormente compartan esta información con el fin de acceder a los servicios.
- Puedo cancelar este consentimiento por escrito en cualquier momento excepto por la información ya divulgada como resultado de esta autorización. La revocación escrita tiene que dársele a la organización autorizada a revelar la información.
- Entiendo que el consentimiento caduca en 1 año a partir de la fecha en que lo firme.
- Tengo el derecho de inspeccionar, y al pagar las tarifas correspondientes, obtener una copia de los documentos correspondientes divulgados.
- Entiendo que la información que yo he autorizado que se revele podría ser divulgada de nuevo por el beneficiario de estos registros sólo si la ley lo permite. Si la información se divulga, el beneficiario de la información divulgada de nuevo puede estar controlado bajo leyes distintas.
- No estoy obligado a firmar esta autorización, esto no pondrá en riesgo mi relación con el proveedor de mi hijo.

FIRMA -Padre/Tutor**

Fecha de la firma

Escriba el nombre del padre/tutor en letra de molde

Indique la autoridad legal de la persona

Padre/madre del menor Tutor legal

**Si los datos del padre/tutor son diferentes a los del niño indicado en este formulario, sírvase de proporcionar un número de teléfono celular y/o correo electrónico:

Teléfono celular:

Correo electrónico:



***Regional Centers and Counties served by each center:**

Northern Regional Center fax (715) 261-1901 telephone (866) 640-4106

*Ashland ▪ Bayfield ▪ Florence ▪ Forest ▪ Iron ▪ Langlade ▪ Lincoln ▪ Marathon ▪ Oneida ▪ Portage
Price ▪ Sawyer ▪ Taylor ▪ Vilas ▪ Wood*

Northeast Regional Center fax 920-967-1001 telephone (877) 568-5205

*Brown ▪ Calumet ▪ Door ▪ Fond du Lac ▪ Green Lake ▪ Kewaunee ▪ Manitowoc ▪ Marinette
Marquette ▪ Menominee ▪ Oconto ▪ Outagamie ▪ Shawano ▪ Sheboygan ▪ Waupaca ▪ Waushara ▪
Winnebago*

Southern Regional Center fax (608) 265-3441 telephone (800) 532-3321

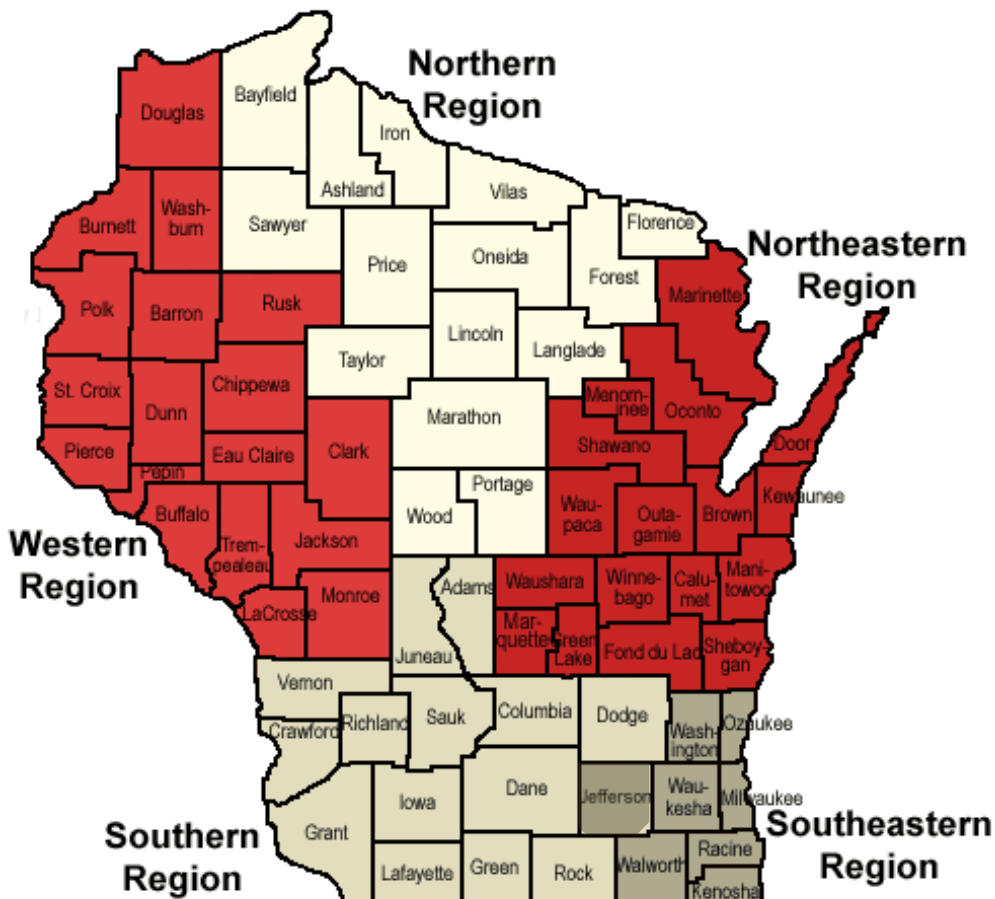
*Adams ▪ Columbia ▪ Crawford ▪ Dane ▪ Dodge ▪ Grant ▪ Green ▪ Iowa ▪ Juneau ▪ Lafayette
Richland ▪ Rock ▪ Sauk ▪ Vernon*

Southeast Regional Center fax (414) 266-2225 telephone (800) 234-5437

*Jefferson ▪ Kenosha ▪ Milwaukee ▪ Ozaukee ▪ Racine ▪ Walworth ▪ Washington ▪ Waukesha
Counties*

Western Regional Center fax (715) 726-7910 telephone (800) 400-3678

*Barron ▪ Buffalo ▪ Burnett ▪ Chippewa ▪ Clark ▪ Douglas ▪ Dunn ▪ Eau Claire ▪ Jackson ▪ La
Crosse ▪ Monroe ▪ Pepin ▪ Pierce ▪ Polk ▪ Rusk ▪ St. Croix ▪ Trempealeau ▪ Washburn*



*Los centros regionales y los condados atendidos por cada centro:

Northern Regional Center fax (715) 261-1901 teléfono (866) 640-4106

*Ashland ▪ Bayfield ▪ Florence ▪ Forest ▪ Iron ▪ Langlade ▪ Lincoln ▪ Marathon ▪ Oneida ▪ Portage
Price ▪ Sawyer ▪ Taylor ▪ Vilas ▪ Wood*

Northeast Regional Center fax 920-967-1001 teléfono (877) 568-5205

*Brown ▪ Calumet ▪ Door ▪ Fond du Lac ▪ Green Lake ▪ Kewaunee ▪ Manitowoc ▪ Marinette
Marquette ▪ Menominee ▪ Oconto ▪ Outagamie ▪ Shawano ▪ Sheboygan ▪ Waupaca ▪ Waushara ▪
Winnebago*

Southern Regional Center fax (608) 265-3441 teléfono (800) 532-3321

*Adams ▪ Columbia ▪ Crawford ▪ Dane ▪ Dodge ▪ Grant ▪ Green ▪ Iowa ▪ Juneau ▪ Lafayette
Richland ▪ Rock ▪ Sauk ▪ Vernon*

Southeast Regional Center fax (414) 266-2225 teléfono (800) 234-5437

Jefferson ▪ Kenosha ▪ Milwaukee ▪ Ozaukee ▪ Racine ▪ Walworth ▪ Washington ▪ Waukesha Counties

Western Regional Center fax (715) 726-7910 teléfono (800) 400-3678

*Barron ▪ Buffalo ▪ Burnett ▪ Chippewa ▪ Clark ▪ Douglas ▪ Dunn ▪ Eau Claire ▪ Jackson ▪ La Crosse
Monroe ▪ Pepin ▪ Pierce ▪ Polk ▪ Rusk ▪ St. Croix ▪ Trempealeau ▪ Washburn*

