

# **CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PARA LA REFERENCIA A UN CENTRO DE RECURSOS PARA NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA (CYSHCN)**

## **CONSENT TO RELEASE MEDICAL INFORMATION REFERRAL TO A CHILDREN'S RESOURCE CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS (CYSHCN)**

(\*Consulte la página 2 para una lista de los condados atendidos por cada centro de recursos.)

### **NIÑO: INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

|                                                      |                              |                                             |                                |                                                               |
|------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Nombre completo del niño (nombre, inicial, apellido) |                              | Fecha de nacimiento (día/mes/año)           |                                | Sexo<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Dirección postal                                     | Ciudad                       | Estado                                      | Condado de residencia del niño | Código postal                                                 |
| Nombre del padre o tutor                             |                              | Idioma principal que habla el padre o tutor |                                |                                                               |
| Dirección de correo electrónico                      | Número de teléfono principal | Otro número de teléfono                     |                                |                                                               |

### **PROVEEDOR: MOTIVO DE LA REFERENCIA (Marque todos los que correspondan.)**

|                                                                                                                                                           |                                                           |                                                                  |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de relevo                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Transición al cuidado de adultos | <input type="checkbox"/> Asesoramiento sobre beneficios de salud | <input type="checkbox"/> Educación o defensa de la familia |
| <input type="checkbox"/> Transporte, comidas o alojamiento para los servicios de atención médica                                                          | <input type="checkbox"/> Alimentos o formulas especiales  | <input type="checkbox"/> Servicios sobre educación               |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Conexión con el Programa Birth to 3 o la Educación Especial de la Primera Infancia                                               | <input type="checkbox"/> Apoyo de padres a padres         |                                                                  |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Acceso a los recursos de la comunidad (es decir, terapias pediátricas, programas de apoyo a las familias, campamentos de verano) |                                                           |                                                                  |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones de los padres (por favor, especifique): _____                                                                     |                                                           |                                                                  |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Equipos especiales (por favor, especifique): _____                                                                               |                                                           |                                                                  |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Información (por favor, especifique): _____                                                                                      |                                                           |                                                                  |                                                            |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                                                                      |                                                           |                                                                  |                                                            |

### **PROVEEDOR: INFORMACIÓN DE CONTACTO**

|                                                        |                                  |                                           |               |  |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|---------------|--|
| Nombre de la clínica                                   |                                  | Nombre del proveedor de cuidado principal |               |  |
| Dirección postal                                       | Ciudad                           | Estado                                    | Código postal |  |
| Dirección de correo electrónico                        | Número de teléfono de la oficina | Fax de la oficina                         |               |  |
| Diagnóstico o necesidad especial del niño, si se sabe. |                                  |                                           |               |  |

### **RESPUESTA DEL CENTRO DE RECURSOS A LA REFERENCIA (Marque una opción.)**

|                                                                                 |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Se contactó a la familia y se brindaron los servicios  | <input type="checkbox"/> No se pudo contactar a la familia (motivo): _____ |
| <input type="checkbox"/> Se contactó a la familia y se rechazaron los servicios | <input type="checkbox"/> Otros comentarios: _____                          |

### **PADRES: CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

**Autorizo al proveedor que dio la referencia a divulgar la información necesaria e indicada en este formulario al Centro de recursos para niños para ayudar al personal del Centro de recursos a acceder a los servicios e identificar los recursos para mi hijo y mi 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 por escrito debe entregarse a la organización autorizada para divulgar la información.
- Entiendo que el consentimiento terminará un año después de la fecha en que lo firme.
- Tengo el derecho de inspeccionar y, tras pagar las tarifas correspondientes, obtener una copia de los registros divulgados.
- Entiendo que la información cuya divulgación he autorizado puede ser divulgada de nuevo por el destinatario de estos registros sólo si lo permite la ley. Si se divulga la información, el destinatario de la información divulgada de nuevo puede estar sujeto a leyes diferentes.
- No estoy obligado a firmar esta autorización, esto no pondrá en riesgo mi relación con el proveedor de mi hijo.

**FIRMA: \*\*Padre o tutor**

Fecha de la firma

|                                                        |                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Escriba el nombre del padre o tutor en letra de molde. | Indique la autoridad legal de la persona que firmó.<br><input type="checkbox"/> Padre del menor <input type="checkbox"/> Tutor legal |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**\*\*Si la información de contacto del padre o tutor es diferente a la del niño que figura en este formulario, proporcione un número de teléfono celular o correo electrónico: Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_**

**\* Información de contacto de los centros de recursos y los condados atendidos por cada centro:**

**Children's Resource Center – North**

Correo electrónico [crcnorth@co.marathon.wi.us](mailto:crcnorth@co.marathon.wi.us)

Fax (715) 261-1901

Teléfono (866) 640-4106

**Children's Resource Center – Northeast**

Correo electrónico [crcnortheast@childrenswi.org](mailto:crcnortheast@childrenswi.org)

Fax (920) 967-1001

Teléfono (877) 568-5205

**Children's Resource Center – South**

Correo electrónico [crcsouth@waisman.wisc.edu](mailto:crcsouth@waisman.wisc.edu)

Fax (608) 729-4133

Telephone (800) 532-3321

**Children's Resource Center – Southeast**

Correo electrónico [crcsoutheast@childrenswi.org](mailto:crcsoutheast@childrenswi.org)

Fax (414) 266-2225

Teléfono (800) 234-5437

**Children's Resource Center – West**

Correo electrónico [crcwest@co.chippewa.wi.us](mailto:crcwest@co.chippewa.wi.us)

Fax (715) 726-7910

Teléfono (800) 400-3678

