Department of Health Services **State of Wisconsin**
Division of Public Health
F-01238S (06/2025)

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 ☐ M ☐ 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.)*

☐ Cuidado de relevo ☐ Transición al cuidado de adultos ☐ Asesoramiento sobre beneficios de salud ☐ Educación o defensa de la familia
☐ Transporte, comidas o alojamiento para los servicios de atención médica ☐ Alimentos o formulas especiales ☐ Servicios sobre educación
☐ Conexión con el Programa Birth to 3 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)
☐ Preocupaciones de los padres (por favor, especifique): _____
☐ Equipos especiales (por favor, especifique): _____
☐ Información (por favor, especifique): _____
☐ 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.)*

☐ Se contactó a la familia y se brindaron los servicios ☐ No se pudo contactar a la familia (motivo): _____
☐ Se contactó a la familia y se rechazaron los servicios ☐ 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. ☐ Padre del menor ☐ Tutor legal

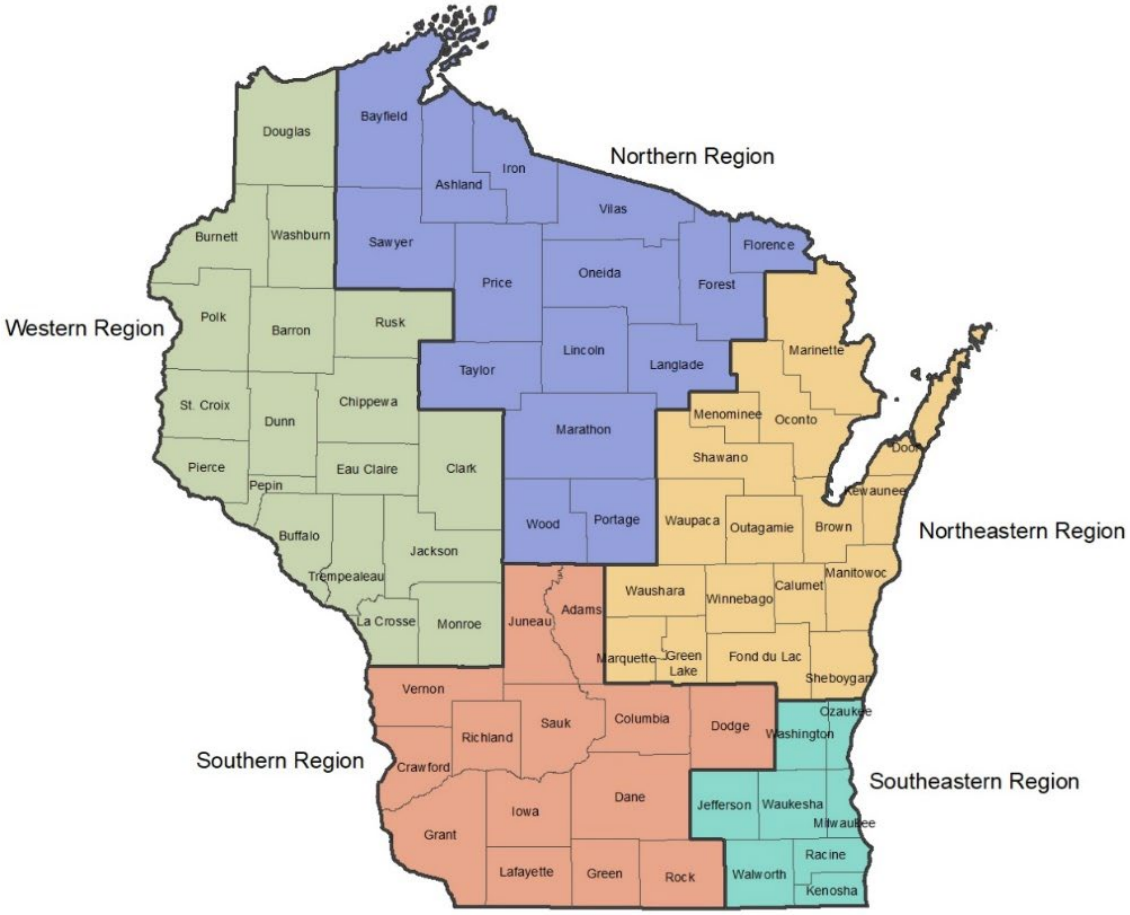
**Si la información de contacto del padre o tutor es diferente a la del niño que figura en este formulario, proporcione un número de teléfono celular o correo electrónico: Teléfono celular: Correo electrónico:

* 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
Fax: 715-261-1901 Teléfono: 866-640-4106

Children's Resource Center – Northeast
Correo electrónico: crcnortheast@childrenswi.org
Fax: 920-967-1001 Teléfono: 877-568-5205

Children's Resource Center – South
Correo electrónico: crcsouth@waisman.wisc.edu
Fax: 608-729-4133 Teléfono: 800-532-3321

Children's Resource Center – Southeast
Correo electrónico: crcsoutheast@childrenswi.org
Fax: 414-266-2225 Teléfono: 800-234-5437

Children's Resource Center – West
Correo electrónico: crcwest@chippewacountywi.gov
Fax: 715-726-7910 Teléfono: 800-400-3678