

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Yo entiendo que diferentes agencias proporcionan diferentes servicios y beneficios. Cada agencia tiene que tener información para proporcionar servicios. Firmando esta forma, estoy autorizando a las agencias a intercambiar cierta información, para que así sea más fácil para ellos trabajar efectivamente en conjunto para proporcionar y coordinar estos servicios o beneficios.

Yo _____, estoy firmando esta forma para
(Escriba el nombre completo de la persona quien da el permiso)

(Escriba el nombre completo del cliente)

(Dirección del cliente)

(Fecha de nacimiento del cliente)

(# de SS del cliente - opcional)

Mi relación con el cliente es: Yo mismo Padre Poder de abogado Guardián
 Otro representante autorizado legalmente

Yo quiero que la siguiente información confidencial del cliente (excepto información de diagnósticos o tratamientos de abuso de drogas o alcohol) sea intercambiada:

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de evaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros educativos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información Financiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros psiquiátricos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beneficios/Servicios necesitados planeados y/o recibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros justicia criminal
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros psicológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Registros de empleo

Yo quiero que

(Nombre y dirección de la agencia referida y nombre de la persona de contacto)

Y las siguientes agencias estén en capacidad de intercambiar esta información:

Chesterfield County Family Assessment & Planning Team (FAPT), Colonial Heights FAPT, Chesterfield/Colonial Heights Community Policy and Management Team (CPMT, siglas en inglés) miembros y agencias miembros para incluir Community Services Board, Department of Social Services, Public Schools, Juvenile Court Service Unit y Health Department, representantes de los padres FAPT/CPMT y cualquier vendedor/agencia futura/actual que proporcionen estos servicios en el plan de servicios desarrollado por estos equipos y por mi mismo (a).

Yo quiero que esta información sea intercambiada SOLO con el siguiente propósito (s): Coordinación de Servicio y Planeación de Tratamiento Determinación de Elegibilidad Otro: _____

La información puede ser intercambiada por escrito, computador y métodos verbales.

Este consentimiento es válido hasta _____ o cuando la participación en FAPT termine. Yo puedo retirar este consentimiento en cualquier momento hablándole a la agencia referida. Esto parará el listado de agencias de compartir mi información después de que ellos sepan que mi consentimiento ha sido retirado. Yo tengo el derecho de saber qué información mía ha sido compartida y por qué, cuándo y con quién fue compartida. Si yo lo solicito, cada agencia me mostrará esta información. Yo quiero que todas las agencias acepten una copia de esta forma como un consentimiento válido para compartir información. Si yo no firmo esta forma, la información no será compartida y tendremos que contactar a cada agencia individualmente para darles la información que ellos necesitan.

Firma (s):

(Persona o personas quienes consienten)

(Fecha)

Persona explicando la forma:

(Nombre)

(Título)

(# de teléfono)

Testigo (si es requerido):

(Firma)

(Dirección)

(# de teléfono)