

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN (Consent to Exchange Information)

En lo posible, favor de completar en inglés.

Entiendo que distintas agencias proporcionan diferentes servicios y beneficios. Cada agencia debe poseer información específica para poder proveer servicios y beneficios. Al firmar este formulario, permito que las agencias intercambien cierta información a los fines de facilitarles el trabajo efectivo en conjunto para proporcionar o coordinar estos servicios o beneficios.

Yo, _____ firmo este formulario para
(NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE IMPRENTA DE LA PERSONA O PERSONAS QUE DAN CONSENTIMIENTO)

(NOMBRE COMPLETO CON LETRA DE IMPRENTA DEL CLIENTE)

(DIRECCIÓN DEL CLIENTE)

(FECHA DE NACIMIENTO DEL CLIENTE)

(Nº DE SEGURO SOCIAL
DEL CLIENTE – OPCIONAL)

Mi parentesco con el cliente es: Yo mismo Padre Poder notarial Tutor
 Otro representante legal autorizado

Deseo que la siguiente información confidencial sobre el cliente (excepto diagnósticos de abuso de drogas o alcohol o información sobre tratamiento) sea intercambiada:

Sí	No	Sí	No	Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Información de evaluaciones		Diagnóstico médico		Historial educativo	
Información financiera		Diagnóstico de salud mental		Historial psiquiátrico	
Beneficios/servicios necesitados, Planificados y/o recibidos		Historial psicológico		Historial de empleo	
Otra información (completar):					

Deseo que: _____

(NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA QUE HACE LA REFERENCIA Y DE LA PERSONA DE CONTACTO)

Y las siguientes otras agencias puedan intercambiar esta información:

¿Se enumeran más agencias en el reverso? SÍ NO

Deseo que esta información sea intercambiada SOLAMENTE con el(los) siguiente(s) propósito(s):

Coordinación del servicio y planificación del tratamiento Determinación de elegibilidad
Otro (completar): _____

Deseo que la información sea compartida: (marque todos los que apliquen)

Información escrita En reuniones o por teléfono Datos informáticos

Deseo compartir información adicional recibida después de haber firmado este consentimiento: SÍ NO

Este consentimiento es válido hasta: _____

Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento informándole a la agencia que hace la referencia. Esto evitará que las agencias enumeradas compartan información luego de conocer que mi consentimiento ha sido retirado.

Tengo el derecho de saber qué información con respecto a mí ha sido compartida y por qué, cuándo y con quién. Si lo solicito, cada agencia me mostrará esta información.

Deseo que todas las agencias acepten una copia de este formulario como consentimiento válido para compartir información.

Si no firmo este formulario, la información no será compartida y tendré que contactar a cada agencia individualmente para darles la información que necesitan sobre mí.

Firma(s): _____ Fecha: _____

(PERSONAS QUE DAN CONSENTIMIENTO)

Formulario explicativo
de la persona:

(Nombre) (Título) (Número de teléfono)

Testigo (En caso de
ser requerido):

(Firma) (Dirección) (Número de teléfono)

FORMULARIO UNIFORME DE CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR
INFORMACIÓN

NOMBRE COMPLETO DEL CLIENTE EN LETRA DE
IMPRESA: _____

FOR AGENCY USE ONLY

CONSENT HAS BEEN:

- Revoked in entirety
- Partially revoked as follows:

NOTIFICATION THAT CONSENT WAS REVOKED WAS BY:

- Letter (Attach Copy)
- Telephone In Person

DATE REQUEST RECEIVED: _____

AGENCY REPRESENTATIVE RECEIVING REQUEST:

(AGENCY REPRESENTATIVE'S FULL NAME AND TITLE)

(AGENCY ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER)