

KINDER
KONSULTING



NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PERSONAL PROTEGIDA CON LA ESCUELA

El propósito de este consentimiento (HIPAA) es para obtener o compartir información de salud privada del cliente mencionado. Esta información puede estar relacionada a mi salud física o mental pasada, presente o futura, la procedencia de mi cuidado médico, o el pago de estos servicios de salud.

1. **La persona la cual esta información puede ser compartida, usada o intercambiada es:**

   Nombre: _____

   Fecha De Nacimiento: _____

2. **La información puede ser compartida/intercambiada con:**

   Nombre del Entidad/Escuela: _____

   Dirección: _____ Fax: _____

   Ciudad/Estado/Código postal: _____ Teléfono: _____

3. **Localización/lugar de los servicios:**
   - ☐ AUTORIZO que mi niño(a) reciba servicios en la escuela/guardería la cual atiende.
   - ☐ NO AUTORIZO que mi niño(a) reciba servicios en la escuela/guardería la cual atiende. Este consentimiento es SOLO para el intercambio de información, y no para que los servicios ocurran en ese lugar.

4. **La información que puede ser compartida/intercambiada incluye todos los informes de diagnósticos y tratamientos. Las notas de psicoterapia no están autorizadas para incluirse en este reporte.**
   Limitaciones de Información adicional:

   _____

5. **El intercambio o revelación de esta información es solo permitida por razón de tratamiento.**
   Detalles adicionales relacionados con el propósito de esta revelación de información:

   _____

   _____

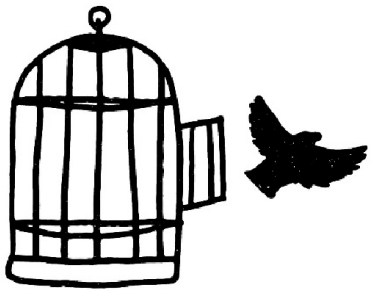
NOMBRE DEL CLIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ CLIENTE #: _____

6. **Este documento autoriza a las organizaciones o personas recibiendo esta información a compartirla con otras agencias o individuos proveyendo servicios a este cliente.** Entiendo que Kinder Konsulting & Parents Too, Inc. no puede garantizar que el recipiente no vaya a redistribuir o compartir su información con otra entidad la cual no esté sujeta a las leyes federales que gobiernan la privacidad de información de salud.

7. **Consentimiento:**
   ☐ Autorizo el intercambio de información de salud protegida.
   ☐ No autorizo el intercambio de información de salud protegida.

   Efectivo: _____

   Expira: _____ o al cierre del caso



8. **Entiendo que este permiso puede ser revocado/cancelado.** También entiendo que cualquier reporte ya distribuido antes de revocar este permiso no podrá ser obtenido. Cualquier persona/organización que obtuvo dicha información utilizando el consentimiento previo, podra continuar el uso de estos reportes y la información de salud protegida como sea necesario para completar actividades o servicios ya autorizados por esta forma. En adición, entiendo que debo proveer notificación por escrito de esta revocación al oficial de privacidad en Kinder Konsulting & Parents Too, Inc.

9. **Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi negativa a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento de Kinder Konsulting & Parents Too, Inc.**

Declaro que soy la persona/guardián legal de la persona de la cual los reportes serán compartidos, intercambiados como anteriormente descrito en este documento.

Firma del Padre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Email del Padre/Tutor: _____ **Teléfono:** _____

Firma del Terapista: _____

Nombre del Terapista: _____ **Fecha:** _____

Teléfono del Terapista: _____