



**family
connections**

**NJ4S
ESSEX**

Autorización para Divulgar Información Protegida Sobre la Salud

Nombre del Cliente: _____

Fecha: _____

Al firmar este formulario, yo autorizo a Family Connections y

(Nombre de la Escuela)

para compartir la siguiente información con respecto al cliente inscrito en el programa NJ4S:

- Asistencia en los Servicios de NJ4S.
- Estado de Inscripción en el Programa NJ4S.
- Razón por Dar de Baja del Programa NJ4S.
- Recomendaciones de NJ4S por Dar de Baja.

El propósito de esta autorización es para permitir a estas partes a coordinar la atención, como también proporcionar referidos y apoyo académico.

Entiendo que los registros médicos están protegidos bajo la ley federal y estatal, incluyendo la Norma de Privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA" por sus siglas en inglés), 45 C. F. R. Partes 160 y 164 , y no puede ser divulgada sin la autorización por escrito del cliente (o el padre/madre o guardián si el cliente es menor de edad) a menos que se disponga lo contrario en dichas leyes y/o reglamentos. En algunos casos, la ley federal, por ejemplo, HIPAA, no impide a las personas o entidades mencionadas a volver a divulgar la información.

Además, entiendo que la información a ser compartida por Family Connections es limitado a lo descrito anteriormente. Si la escuela solicita o requiere información adicional, tales como el diagnóstico, registros, u otros detalles sobre el tratamiento, una nueva Autorización Para la Divulgación de Información deberá ser firmada solicitando específicamente esa información.

Esta autorización permanecerá en efecto por un año a partir de la fecha de mi firma, a menos que sea revocada antes. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto cuando ya se haya tomado medidas en base de. Si yo deseo revocar esta autorización antes de su vencimiento, puedo enviar una solicitud por escrito a Family Connections.

Reconocimiento y Firma

Reconozco que la información a ser divulgada me fue totalmente explicada y que este consentimiento es dado por mi propia voluntad.

Me ha sido proporcionada una copia de este formulario. Entiendo que también puedo solicitar una copia a Family Connections.

Firma

Fecha

Nombre de la Persona que Firma

Relación con el Cliente

Firma del Cliente

Fecha

Nombre del Cliente