

## Autorización colaborativa de autismo del condado de San Juan para la divulgación de registros

**PROPÓSITO:** Como padre/tutor, tiene derecho a dar o no permiso para la divulgación de los registros de su hijo. a otras personas o agencias. Al firmar esta autorización, está dando permiso para intercambiar información confidencial. información para fines de detección del trastorno del espectro autista

**NOMBRE DEL NIÑO:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo el intercambio de información oralmente, por escrito o electrónicamente entre el condado de "San Juan Autism Collaborative" y las agencias/personas enumeradas a continuación:

San Juan County Autism Collaborative PO Box 607 Friday Harbor, WA 98250 Fax: 360-378-7036
Proveedor medico de cuidado o PCP:
Proveedor de intervención temprana:
Pre-escolar/ Guarderia:
Terapeuta:
Distrito escolar:
Otro:
Otro:

**Los registros que se intercambiarán incluyen:**

- Información médica/historial de salud
- Historial de salud mental
- Evaluación/Resultados de la evaluación
- Información sobre el desarrollo
- Informes educativos (Progresos/IEP/504/IFSP)

**Esta autorización es válida desde** \_\_\_\_\_ **a** \_\_\_\_\_ **desde la fecha firmada**

Entiendo que la información obtenida será tratada de manera confidencial y entiendo que mi consentimiento porque la divulgación de registros es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. ¿Debo retirar mi consentimiento y no se aplica a la información que ya se ha proporcionado bajo la divulgación de consentimiento previo?

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (si el paciente tiene 13 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha