



## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

<b>Información personal</b>	Nombre del joven: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
<b>Destinatario</b> <i>(¿Adónde quiere que se envíe la información? ¿Quién puede tener la información?)</i>	Nombre: _____ Teléfono: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
<b>Información que se revelará</b> <i>(¿Qué quiere que se envíe o revele? Marque las casillas correspondientes.)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Registro completo</b> (incluye <u>TODOS</u> los tipos de registro de abajo) <input type="checkbox"/> solo: <input type="checkbox"/> Todos los ISP (planes de servicio y autorizaciones) <input type="checkbox"/> Revelaciones firmadas y otros documentos firmados <input type="checkbox"/> Toda la correspondencia formal (cartas de prohibición de contacto, cartas del Tribunal, cartas de SRTU, etc.) <input type="checkbox"/> Formularios de asistencia <input type="checkbox"/> Evaluaciones de fortalezas y necesidades <input type="checkbox"/> Notas de progreso escritas por el personal de PCE <input type="checkbox"/> Planes de servicio escritos por el personal de PCE <input type="checkbox"/> _____ evaluación pagada por PCE  <i>Opcional:</i> Incluya solo las siguientes fechas de servicio: _____
<b>Motivo de la revelación</b> <i>(¿Por qué es necesaria?)</i>	<input type="checkbox"/> Atención continua <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Motivos legales <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro: _____
<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta autorización dura un año a partir de la fecha en que la firme, a menos que escriba una fecha diferente aquí: _____</li> <li>PCE puede tardar hasta dos semanas en procesar esta solicitud.</li> <li>Esta autorización puede cancelarse en cualquier momento mediante un aviso por escrito al encargado de privacidad de PCE. La cancelación no cambiará las revelaciones que se hayan hecho antes de la cancelación.</li> <li>PCE no limitará el tratamiento que reciba yo/mi hijo si decido no firmar esta autorización.</li> <li>Una fotocopia u otra copia electrónica de esta autorización se tratará como un original.</li> <li>En la mayoría de los casos, PCE no puede dar registros que no hayamos creado o pagar por. Sin embargo, puede haber otros registros de otros profesionales y organizaciones para usted. Comuníquese con su administrador de atención para obtener información sobre cómo acceder a ellos.</li> <li>El PCE no puede impedir que la persona u organización que reciba sus registros según esta autorización vuelva a revelar su información, y es posible que esa información no esté cubierta por las protecciones de privacidad estatales y federales después de su revelación. Firmando esta autorización, usted exime a PCE de toda responsabilidad que resulte de la revelación por parte del destinatario.</li> </ul>	

Su firma abajo indica que usted leyó y entendió este formulario, y que autoriza la revelación de información suya/de su hijo como se describe arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona o del tutor legal/representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde de la persona o del tutor legal/representante legal

\_\_\_\_\_  
Relación con la persona

Teléfono: 973-323-3000 ● Fax: 973-323-3015 ● 300 Broadacres Dr. 3rd Fl. Bloomfield, NJ 07003