

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR **AA-S** INFORMACIÓN CONFIDENCIAL (10/1/2014) CONFIDENTIAL INFORMATION RELEASE AUTHORIZATION

Al llenar este formulario usted autoriza la divulgación de la información descrita en la sección a continuación titulada "Descripción Específica de Información Autorizada para ser Divulgada." La persona (a quien pertenece la información) de quien se divulgará la información puede tener el derecho de inspeccionar y, después de pagar las cuotas que apliquen, obtener una copia de la información divulgada. Excepto por los registros de tratamiento medicamento/somático, un director/designado de una clínica para tratamiento de enfermedades mentales, discapacidades de desarrollo, abuso de alcohol o de drogas puede negar el derecho durante el tratamiento en algunas circunstancias. Section 51.30, Wis. Stats., DHS 92.03-92.06, Wis. Adm. Code.

Nombre – Persona cuyos registros serán divulgados (a quien pertenece la información)	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	
Número identificador (si existe)	Fecha de nacimiento
Nombre – La información puede ser divulgada a Katie Beckett Program/CompassWisconsin: Threshold	
Organización Division of Long Term Care	
Dirección P.O. Box 7851, Room 418	
Ciudad, Estado, Código Postal Madison, WI 53707-7851	

Nombre y dirección - **Agencia / organización a la que autorizo para divulgar información**

Descripción específica de la información autorizada para ser divulgada (Incluya la fecha de los registros, si aplica)

REGISTROS MÉDICOS

- Historial médico
- Resumen de su dada de alta
- Plan de cuidado
- Resultados del VIH/documentos para tratamiento del SIDA
- Notas de progreso/clínicas
- Otro – Especifique:

REGISTROS DE SALUD MENTAL

- Todos los registros de salud mental
- Otro – Especifique:

EVALUACIONES/ACTUALIZACIONES DE TERAPIAS

- Terapia laboral
- Terapia física
- Patología del habla/lenguaje
- Psicoterapia
- Terapia de autismo en el hogar
- Otro – Especifique:

INTERVENCIÓN TEMPRANA O REGISTROS ESCOLARES

- Reporte de evaluación IEP
- Reporte de intervención temprana
- IEP actual
- IFSP actual
- Otro – Especifique:

Propósito o razón para divulgar información (Sea específico)

Esta información será utilizada para determinar el nivel de cuidado de su niño/a como lo requieren las pautas federales y estatales de Medicaid. Dicho uso generalmente incluye la revisión de la información por el personal del Katie Beckett Program / CompassWisconsin en el momento de procesar su solicitud para beneficios. En algunos casos, su información puede ser revisada por el personal que procesa las apelaciones de una decisión, o por investigadores para resolver acusaciones de fraude o abuso, y puede ser utilizada en cualquier procedimiento relacionado, ya sea civil o criminal.

Acuerdos

- Esta autorización es voluntaria. El rechazo a firmarla no afectará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios a excepción de:
 - No hay excepciones
 - Excepciones (especifique): **El no firmar esta divulgación, o la cancelación de la misma antes de que recibamos la información necesaria podría impedir una decisión acertada y oportuna en su reclamo, y podría resultar en la negación o pérdida de beneficios.**
- La información que yo autorizo para ser divulgada puede ser también divulgada por quien la reciba solamente cuando lo permite la Ley. Si la información es divulgada a alguien más, el receptor de dicha información puede estar bajo el control de leyes diferentes.
- Yo puedo cancelar esta autorización por escrito en cualquier momento, con excepción de la información que ya haya sido divulgada como resultado de esta autorización. La cancelación por escrito debe ser entregada a la agencia/organización a la que autoricé para divulgar la información.
- Esta autorización también permite la divulgación de información generada a partir de la fecha de mi firma.
- A menos que sea cancelada, esta autorización permanecerá en efecto hasta la fecha de expiración indicada a continuación.

Elija una:

- La autorización expira a partir del _____ (Fecha).
- La autorización expira en **12** meses a partir de la fecha en que firmé esta autorización.
- La autorización expira después de que se haga lo siguiente:

Como lo muestra mi firma, por medio de la presente, autorizo la divulgación de información a la(s) persona(s) o agencia(s) especificada(s) anteriormente.

FIRMA – Niño (Si tiene 14 años o más de edad)	<input type="checkbox"/> Marque aquí si el niño no puede firmar	Fecha de la firma
FIRMA – Otra persona legalmente autorizada para consentir la divulgación	Título o parentesco con la persona a quien pertenece la información	Fecha de la firma