

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo autorizo _____ a revelar la información médica

Nombre de la institución

relacionada con este incidente al:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen (DCVC) | <input type="checkbox"/> Guardián ad Litem |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales | <input type="checkbox"/> Abogado Fiscal |
| <input type="checkbox"/> Policía | |

y librar a esta institución y su personal, de toda responsabilidad y reclamación que pueda de cualquier manera resultar de la entrega de esta información.

También autorizo la difusión de información médica a:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médico Privado | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud mental | <input type="checkbox"/> Centro de Derechos para Niños |
| <input type="checkbox"/> Otro, <i>Especificar</i> _____ | | |

para el tratamiento continuo y diagnóstico de este niño(niña).

Pido y autorizo al Departamento de Compensación a Víctimas de Crimen que asigne el pago de servicios médicos prestados en nombre de este niño (niña) a:

Nombre de la institución _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Yo permito que una copia de esta autorización pueda ser utilizada. Entiendo que tengo el derecho a retirar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a esta institución. Entiendo que el retiro de esta autorización no será válido por cualquier acción tomada antes de esta notificación. Sin una notificación por escrito para retirar esta autorización, la misma vencerá a 1 año de la fecha del servicio médico.

Nombre del niño (niña): _____ Fecha nacimiento: _____ Seguro Social: _____

(Los ultimo 5 números)

Dirección _____

Número de teléfono: _____

Al firmar, acepto la autorización para liberar la información médica del niño (niña) nombrado como ha descrito anteriormente.

 Firma del padre / representante legal

 Nombre escrito

 Fecha

 Firma del padre / representante legal

 Nombre escrito

 Fecha

 Firma del testigo

 Nombre escrito

 Fecha