

## AGENCIA DE SERVICIOS HUMANOS (AHS): AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS INTEGRADOS PARA NIÑOS

Nombre de la persona atendida: \_\_\_\_\_ Fec. de Nac.: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido)

Padre/madre/representante legal: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del n.º de SS: \_\_\_\_\_  
(Q n.º BFIS para el Programa de Cuidado Infantil)

El Equipo de Servicios Integrados para Niños (CIS) es un equipo multidisciplinario que proporciona experiencia y servicios de apoyo en la primera infancia para mujeres embarazadas y en posparto, niños de 0 a 6 años, sus familias y profesionales de cuidado infantil. El equipo está formado por profesionales que prestan servicios en las siguientes áreas: intervención en la primera infancia, salud mental en la primera infancia y familiar, cuidado infantil especializado y visitas domiciliarias de Strong Families Vermont.

**Otorgo mi permiso para que los miembros del Equipo CIS y los siguientes proveedores de salud y servicios (marque todas las opciones que correspondan):**

- Proveedor principal de atención médica: \_\_\_\_\_
- Proveedor dental: \_\_\_\_\_
- Proveedor obstétrico: \_\_\_\_\_
- VDH – Niños con necesidades de salud especiales: \_\_\_\_\_
- Clínica de desarrollo infantil: \_\_\_\_\_
- Proveedor de cuidado infantil: \_\_\_\_\_
- Personal de la Agencia de Apoyo a la Comunidad de Cuidado Infantil: \_\_\_\_\_
- Proveedor de salud mental: \_\_\_\_\_
- Consejero de abuso de sustancias: \_\_\_\_\_
- Servicios de alimentación/nutrición: \_\_\_\_\_
- Proveedor de asistencia para la vivienda: \_\_\_\_\_
- Proveedor de asistencia para el empleo: \_\_\_\_\_
- Proveedor de asistencia económica: \_\_\_\_\_
- El Equipo CIS en otra región si me mudo: \_\_\_\_\_
- Consultores profesionales para asistir al Equipo CIS en su prestación de servicios: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

**se comuniquen y revelen mutuamente la siguiente información (marque todas las opciones que correspondan):**

- Registros de remisión, admisión, revisión, valoración y/o evaluación del CIS
- El One Plan de CIS para mí, mi hijo y/o mi familia
- Historial de tratamiento por abuso de sustancias, si corresponde
- Registros de salud física
- Registros de salud mental
- Registros dentales
- Otros registros (relativos a los servicios marcados arriba)

**El propósito de las divulgaciones autorizadas es (marque todas las opciones que correspondan):**

- Determinar los servicios necesarios para mí, mi hijo o mi familia
- Coordinar los servicios de todos los proveedores de servicios maternos y de la primera infancia
- Transferir mis registros al Equipo CIS en una nueva ubicación
- Consultar con los profesionales asociados al equipo de consulta CIS de mi región cuando sea necesario
- Otro \_\_\_\_\_

**Además, autorizo a los miembros del Equipo CIS a ingresar la información mencionada anteriormente en la base de datos CIS de AHS para fines de administración del programa CIS de AHS.**

**Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:**

- Las razones por las que se me pide que divulgue información.
- No tengo la obligación de aceptar la divulgación de información. Sin embargo, al no dar mi autorización, mi hijo y mi familia no podrán participar en todo el proceso de revisión o evaluación multidisciplinaria de Servicios Integrados para Niños.
- Si decido no firmar este formulario, los beneficios a los que tengo derecho —así como los de mi hijo y mi familia— no se verán afectados.
- Aunque el AHS toma todas las precauciones para salvaguardar mi información de salud, una vez divulgada de acuerdo con esta autorización, puede ser objeto de divulgaciones posteriores.
- Mis registros de tratamiento de alcohol y drogas están protegidos según el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte 2, y no pueden divulgarse sin mi consentimiento por escrito.
- Al firmar este formulario, autorizo la divulgación inicial de mis registros de tratamiento de drogas y alcohol, si corresponde, así como la redivulgación de dicha información.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con \_\_\_\_\_ (nombre) en \_\_\_\_\_ (dirección), salvo en la medida en que ya se hayan hecho divulgaciones con mi autorización.
- Si no revoco o actualizo esta autorización, estará vigente mientras reciba servicios de CIS.
- Se me proporcionará una copia de este formulario.

Firma de la persona o del padre/madre/representante legal	Relación con el cliente	Fecha
Nombre de la persona que explica el proceso de autorización	Organización / cargo	Fecha