



Greater Elgin Family Care Center

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER O DAR INFORMACION

Fecha: ___/___/___
 Nombre de Cliente: _____
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 Dirección: _____
 Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Yo, _____, le autorizo a personal de enfermería o personal de oficina de la escuela de mi hijo/hija
 Nombre de la escuela: _____
 Dirección de la escuela: _____
 Ciudad Estado Código

que revele la información medica a *Greater Elgin Family Care Center* lo siguiente información:

1. Medica (especificar): vacunas, examen escolares de salud (cfs-600), diagnostico y medicamento
2. Sicológico (especificar): cualquier examen, evaluaciones, estudios del caso.
3. Educación (especificar): I.E.P. la tarjeta de calificaciones, planes de educación
4. Historia Social (especificar): reportes sobre el comportamiento y el tratamiento
5. Otro (especificar): observaciones en el salón de clase, comunicación

Plan del caso: _____
 Servicio medico: _____
 Provisiones de Servicios: _____
 Otro (especificar): comunicación, mantenimientos del caso y tratamiento

La ley requiere que GEFCC proteja de la información de salud suya y de su niño(a) a si que la persona o agencia a quien esta información fue dada no puede usar o divulgar esta información si no doy de nuevo mi consentimiento.

Entiendo que tengo el derecho a inspeccionar, copiar, y revisar la información que GEFCC tenga acerca de mi hijo(a) y mi familia.

Este entregamiento de información esta en obediencia con el estado de Illinois Salud mental y de crecimiento.

Este consentimiento es valido hasta _____, 20____, y puede ser rehusado en cualquier tiempo, excepto durante el tiempo que un tipo de acción se ha tomado. Entiendo que el rehusar da permiso pueda limitar las fechas disponibles para evaluar el diagnostico y tratamiento de servicios.

Firma de Cliente: _____ Fecha: _____
 (mayor de 12 anos)

Firma de Padres/Guardianes Legales: _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____



Greater Elgin Family Care Center

FORMA DE AUTORIZACION

Fecha: ____/____/____

Nombre, Apellido, e Inicial: _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día y Año) : _____

Dirección: _____ Apta _____ Ciudad _____

Estado: _____ Código: _____

Yo, _____, le autorizo a los proveedores, consejeros, personal de enfermería, y otro personal de la oficina de Greater Elgin Family Care Center para que revele o obtenga la información medica a los proveedores, consejeros, personal de enfermería o personal de oficina de la escuela de mi hijo/hija.

Nombre de la Escuela: _____

Dirección de la Escuela: _____

Ciudad Estado Código

Información específica a dar si esta disponible.

- El expediente medico completo excluyendo tratamiento de salud mental, tratamiento de alcoholismo, tratamiento de abuso de drogas, y registros del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- Registros de tratamiento de Alcoholismo / Registros de Tratamiento de Abuso de Drogas
- Registros del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- Reporte de Laboratorio/ Reportes de Rayos X
- Otro: una record de las vacunas de mi hijo/hija

Información impertinente a las fechas de servicio desde _____ hasta _____

El vencimiento de esta autorización será el _____ (no es valido 3 meses después de la autorización)

Yo entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y recibir una copia de la información que se dio.

Yo entiendo que la información recibida no se puede revelar de nuevo a menos que la persona que dio su consentimiento para revelar esta información permita específicamente que se revele de nuevo o si la revelación de esta información es permitida por la ley.

Su tratamiento no será afectado de ninguna manera por negativa a firmar esta forma en caso de que así ocurra.

La información que se obtenga no será protegida por la ley federal y puede ser divulgada por el receptor.

Esta autorización es valida hasta la fecha que vencimiento o a menos que sea cancelado antes de la fecha de vencimiento.

Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y que en cualquier momento puedo revocarlo por medio de una petición por escrito a Greater Elgin Family Care Center's excepto durante el tiempo que un tipo de acción se ha tomado.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha: ____/____/____

Relación con el paciente: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: ____/____/____



Greater Elgin Family Care Center

Authorization For Classroom Observation Form

I _____ authorize Greater Elgin Family Care Center to perform a
Name of parent/guardian
classroom observation on _____, ____/____/____.
Name of patient Date of birth

I understand that this observation will be performed by a personnel associated with the Behavioral Health Program of Greater Elgin Family Care Center. This classroom observation is conducted under the direction of the provider and coordinator of the Behavioral Health Program. The information gathered at this observation is used to supplement the teacher's questionnaire and parent's rating scale questionnaire.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____