



Instrucciones: Envíe el original a la Clínica de Evaluación Multidisciplinaria (Multi-Disciplinary Evaluation, MDE) y presente una copia en la sección médica del Registro Uniforme de Casos.

Apellido del niño:	Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	Link n.º:
--------------------	------------------	----------------------	-----------

**Como padre/tutor legal/designado del Comisionado de Niños y Familias,
 doy permiso médico y consentimiento informado para realizar la MDE**

Apellido:	Nombre:	Cargo, si corresponde:	Fecha:
-----------	---------	------------------------	--------

Relación con el niño:	Oficina y dirección del DCF:
-----------------------	------------------------------

Nombre del Trabajador Social del DCF que realiza la solicitud:	Número de teléfono del Trabajador Social del DCF:
--	---

Nombre y dirección de la Clínica de MDE:	N.º de fax:
--	-------------

Autorización para divulgar información médica

El padre/tutor legal/designado del Comisionado del Departamento de Niños y Familias de Connecticut autoriza a la clínica mencionada anteriormente para usar y divulgar la información médica protegida del niño mencionado anteriormente, la cual fue recopilada durante la MDE, para obtener pago y realizar operaciones de atención médica. La información médica protegida del niño/joven mencionado anteriormente puede divulgarse a su plan de salud o a sus agentes según sea necesario para verificar beneficios, autorizar servicios y procesar reclamos médicos u odontológicos. La información médica protegida puede divulgarse al Departamento de Niños y Familias y a otras personas o proveedores de atención médica o instituciones involucradas en la evaluación MDE. La información médica protegida del niño/joven mencionado anteriormente también puede divulgarse a agencias externas involucradas en su atención continua o para propósitos de atención de emergencia. La información médica protegida del niño/joven también puede divulgarse al médico de atención primaria del niño y a otros proveedores de atención médica para su atención continua. La información médica protegida del niño/joven puede incluir información de salud mental y médica/odontológica o cualquier información relacionada con el examen, tratamiento e historial, que puede incluir información psiquiátrica, de VIH/SIDA, enfermedades infecciosas, consumo de alcohol o drogas, información médica/odontológica codificada y cargos a mi plan de salud o a sus intermediarios o agentes en funciones.

Entiendo que la negativa a firmar este formulario de autorización no afecta mi derecho a obtener servicios presentes y futuros por parte del DCF, excepto cuando la divulgación de los registros solicitados sea necesaria para los servicios. También entiendo que puedo revocar esta autorización a través de una notificación por escrito al DCF. Una revocación de esta autorización no se aplicará a ningún registro divulgado antes de que se revoque la autorización. La información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no está protegida por la ley federal.

Para un niño/joven entre las edades de 13 y 17 años, no se podrá divulgar información relacionada con el abuso de sustancias o la salud reproductiva sin una divulgación de información por separado firmada por el niño/joven (DCF-460-MDE-A).

La firma a continuación indica el consentimiento informado y el permiso médico para realizar la MDE y la divulgación de información médica.

Apellido:	Nombre:	Cargo, si corresponde:
-----------	---------	------------------------

Firma:	Relación con el paciente:	Fecha:
--------	---------------------------	--------