



*Dirección Postal:*  
 TEACCH Greenville Center  
 South Hall Professional Center 108-D  
 West Fire Tower Road  
 Winterville, NC 28590  
 Fax: 252-830-3322

## Programa de Autismo de TEACCH

### ATENCIÓN: DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA Y CONFIDENCIALIDAD FORMULARIO DE AUTORIZACION

**Por favor marque uno:**

Yo autorizo a TEACCH a  obtener/usar  revelar a  ambos, obtener y revelar a

**Por favor marque si esto aplica:**

Yo autorizo a TEACCH a comunicarse vía email\*  conmigo  con la persona descrita a continuación

**Para revelar u obtener:**

Nombre de la Persona o Centro:		
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal		
Teléfono:	Fax:	Correo Electrónico:

**la información medica privada de:**

Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento	#SS (últimos 4)
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal	
Teléfono:	Correo Electrónico:	

**Marque con un TILDE (✓) al lado de cada documento específico que aplique a la solicitud:**

<input type="checkbox"/> Resumen de Intervención	<input type="checkbox"/> Reporte de Prueba Cognitiva	<input type="checkbox"/> Historial Pediátrico/ Medico
<input type="checkbox"/> Reporte Diagnóstico/Evaluac.	<input type="checkbox"/> Reporte de Prueba Educativa	<input type="checkbox"/> IEP (Plan Individ. de Educac.)
<input type="checkbox"/> Reporte de la Consulta	<input type="checkbox"/> Otro:	

**Coloque un TILDE (✓) al lado del propósito de la solicitud:**

<input type="checkbox"/> Abogado/Legal	<input type="checkbox"/> Asistencia continua al Paciente	<input type="checkbox"/> Seguro
<input type="checkbox"/> Clarificación del Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Servicio Social/Discapacidad	<input type="checkbox"/> Educativo
<input type="checkbox"/> Decisión de Elegibilidad para los Servicios de TEACCH	<input type="checkbox"/> Otro:	

**Coloque un TILDE (✓) al lado de cómo los documentos anteriores/información podrán ser enviados/obtenidos:**

<input type="checkbox"/> Enviar por correo a la Dirección listada de la Persona o Centro	<input type="checkbox"/> FAX al # listado arriba (Urgente o Prioritario)	<input type="checkbox"/> Enviar por Correo Electrónico a la dirección listada para Persona o Centro*
<input type="checkbox"/> Enviar por Correo a la Dirección del Paciente	<input type="checkbox"/> Recoger en Oficina de TEACCH	<input type="checkbox"/> Verbal
<input type="checkbox"/> Otro:		

Entiendo que:

- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento:
  - La revocación no aplicará a la información que ya haya sido difundida como consecuencia de esta autorización.
  - Esta autorización deberá ser revocada por escrito. El procedimiento para revocar esta autorización es presentar mi revocación por escrito al Programa de Autismo de TEACCH – South Hall Professional Center 108-D West Fire Tower Road Winterville, NC 28590
  - • Puedo rehusarme a firmar esta autorización:
  - TEACCH y el Sistema de Cuidados de la Salud de UNC no condicionarán mi tratamiento, ningún pago, inscripción en algún plan de salud o elegibilidad de beneficios de acuerdo a si reciben o no mi firma a esta autorización.
- Puede ser que me carguen una tarifa por copiar la información médica privada.

Yo he sido informado y entiendo que la información divulgada conforme a ésta autorización, puede estar sujeta a ser divulgada de nuevo por el receptor de ésta información. Es posible que, una vez divulgada, la privacidad de la información no continúe estando protegida bajo la ley federal de privacidad médica.

Esta autorización expirará en la fecha, evento, o condición siguiente: \_\_\_\_\_ o, una vez que se satisfaga la necesidad de divulgarla: \_\_\_\_\_.

Si yo no especifico una fecha de caducidad, de un evento o de una condición, ésta autorización expirará al momento de mi muerte, al momento de expresar explícitamente por escrito mi deseo de no recibir ya más los servicios de TEACCH, o al momento de presentar mi revocación por escrito de conformidad con las instrucciones anteriores.

**He leído y entendido la información de este formulario de autorización.**

Firma del Individuo: <i>Si es mayor de 18 años de edad.</i>	
Nombre en Letra de Imprenta:	Fecha:

**-O-**

Firma del Representante Autorizado:	
Nombre en Letra de Imprenta:	Fecha:
Por Favor Explique la Relación del Representante con el Individuo:	

\*Comunicaciones por correo electrónico que contengan información confidencial, deberán ser enviadas de una manera “protegida” como está determinado por la Información Tecnológica Profesional de TEACCH. Sin embargo, una vez recibida por un individuo fuera del sistema de UNC (como una cuenta de “GMAIL”, por ejemplo), la transmisión ya no será segura y UNC no será responsable por cualquier brecha, divulgación impropia o pérdida de la información.